

UNIVERSIDADE DE LISBOA
Faculdade de Medicina
Instituto de Formação Avançada



Motivação Profissional para a prestação de Cuidados Paliativos.
A Experiência dos Médicos de Família.

Dina Brígida Pereira Gaspar

Orientador: Mestre Paulo Sérgio dos Reis Saraiva Pina

Dissertação especialmente elaborada para a obtenção do Grau de
Mestre em Cuidados Paliativos.

Lisboa, 2018

A impressão desta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de 19.03.2017.

UNIVERSIDADE DE LISBOA
Faculdade de Medicina
Instituto de Formação Avançada



Motivação Profissional para a Prestação de Cuidados Paliativos.

A Experiência dos Médicos de Família.

Dina Brígida Pereira Gaspar

Orientador: Professor Doutor Paulo Sérgio dos Reis Saraiva Pina

Dissertação especialmente elaborada para a obtenção do Grau de
Mestre em Cuidados Paliativos.

Lisboa, 2018

Agradecimentos:

Um agradecimento especial ao meu Orientador desta dissertação, não apenas pelo apoio constante ao longo deste trabalho, mas sobretudo pela forma como me soube motivar para concretizar um percurso que se encontrava suspenso desde há alguns anos.

À Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos pela colaboração e gentileza que sempre demonstraram, com particular agradecimento ao seu Presidente, Dr. Duarte Soares.

Um agradecimento especial a todos os colegas que amavelmente se prontificaram a responder ao questionário, e se disponibilizaram a divulgar a investigação nas suas listas pessoais.

A todos os que me ajudaram e estiveram sempre disponíveis para colaborar nesta tarefa.

“We define Family Medicine in terms of relationships, and the patient-doctor relationship is one of our core values. How can we justify breaking our long-term relationships with patients whenever, in sickness or old age, they become housebound?”

Ian R. McWhinney, MD, FRCCP, FCFP, FRCP
"The Doctor, the Patient, and the House:
Returning to our Roots"
Fourth Annual Nicholas J. Piscano Lecture

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, IP
APA – American Psychological Association
APMGF - Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar
ARS – Administração Regional de Saúde do Algarve
CFPC – College of Family Physicians of Canada
CAML - Centro Académico de Medicina de Lisboa
CNCP - Comissão Nacional de Cuidados Paliativos
CP – Cuidados Paliativos
CS – Centro de Saúde
CSP – Cuidados de Saúde Primários
EAPC – European Association for Palliative Care
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos
EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
HRW – Human Rights Watch
INE – Instituto Nacional de Estatística
MF – Médico de Família
MF - Médicos de Família
MGF – Medicina Geral e Familiar
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAC – Plano Antecipado de Cuidados
PEDCP – Plano Estratégico para o Desenvolvimento de Cuidados Paliativos
RCGP – Royal College of General Practice
SNS – Serviço Nacional de Saúde
WHO – World Health Organization

Resumo:

Não existindo em Portugal estudos reportados sobre a prestação de Cuidados Paliativos em Medicina Geral e Familiar, a pesquisa efetuada sugere uma reduzida disposição dos médicos para esta prática em meio comunitário.

Objetivo

Caracterizar e conhecer a experiência profissional e a capacitação dos médicos de Medicina Geral e Familiar portugueses, em termos de Cuidados Paliativos e a sua relação com a sua motivação profissional para prestar Cuidados Paliativos.

Métodos

Estudo quantitativo dirigido aos médicos de Medicina Geral e Familiar, utilizando um inquérito por questionário anónimo e confidencial (via eletrónica) para avaliação de um conjunto de dimensões para dar resposta aos objetivos propostos (estudo exploratório).

Resultados

Dos 185 participantes, 45% referem ter experiência em Cuidados Paliativos, embora 61,1% afirme que o faz ocasionalmente; 64,9% tiveram formação anterior em Cuidados Paliativos, e apenas 35% referem sentir-se preparados para prestar Cuidados Paliativos. Verificam-se níveis elevados de motivação para Cuidados Paliativos (62,7%), sendo que a formação anterior é um fator de influência da disponibilidade dos médicos para prestar Cuidados Paliativos ($p < 0000$).

Conclusões

Na sua maioria os médicos participantes revelam-se motivados para prestar Cuidados Paliativos. Embora não se sentindo preparados para esta área de cuidados, a maioria concorda que deverá ter um papel relevante na prestação de Cuidados Paliativos aos seus doentes, em que a sua capacitação constitui um fator crucial. Estes resultados devem ser complementados com estudos mais abrangentes, ou novas linhas de investigação.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Cuidados em fim de vida, Medicina Geral e Familiar, Médico de Família, Motivação.

Abstract:

In Portugal, there are no studies on Palliative Care provided in Primary Care by General Practitioners, and there are some reasons suggesting a reduced willingness to this practice, in community settings.

Purpose

To know the professional experience and the qualification of the Portuguese General Practitioners, in terms of Palliative Care, and its relationship with their professional motivation to provide Palliative Care.

Methods

Quantitative study, on a target population of General Practitioners in Portugal, invited to participate (online survey), to assess the dimensions previously defined, according to the objectives (exploratory study).

Results

In 185 participants, 45% reported having had experience in Palliative Care, though 61.1% affirm that they do it occasionally; 64.9% had previous Palliative Care training, and only 35% report feeling prepared to provide Palliative Care. There are relatively high levels of motivation for Palliative Care (62.7%), and previous training influence(s) significantly the willingness of physicians to provide Palliative Care ($p < 0000$).

Conclusion

Most of the General Practitioners participants revealed themselves motivated to practice Palliative Care. Although they don't feel prepared for this area of care, most of them agree that their role is relevant in providing Palliative Care to their patients, for which the training in Palliative Care is a major factor. These results should be complemented with more comprehensive studies or other design research.

Keywords: Palliative Care, End-of-life Care, General Practice/Family Medicine, General Practitioner.

Índice

PARTE I	1
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	4
2.1. Cuidados Paliativos Primários	4
2.2. O papel do Médico de Família em Cuidados Paliativos.....	7
2.3. Formação em Cuidados Paliativos.....	15
2.4. Síntese da revisão da literatura.....	17
PARTE II	19
3. METODOLOGIA.....	19
3.1- Objetivos	19
3.2 - Tipo de estudo	19
3.3- População e amostra	20
3.4- Métodos.....	20
3.4.1- Instrumento de colheita de dados.....	20
3.4.2- Análise estatística	24
3.4.3 - Questões éticas	24
3.4.4 - Procedimentos	25
4. RESULTADOS.....	26
4.1 – Caracterização Demográfica e Profissional dos Participantes	26
4.2 - Experiência em Cuidados Paliativos.....	27
4.3 – Capacitação em Cuidados Paliativos	33
4.4 - Opinião sobre o papel da MGF em Cuidados Paliativos Primários	39
4.5 - Motivação Profissional para a prestação de Cuidados Paliativos	40
PARTE III	45
5. DISCUSSÃO	45
5.1 – Síntese conclusiva dos resultados	58
5.2 - Limitações do estudo e sugestões para novas linhas de investigação	59
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
7. CONCLUSÕES	63
8. BIBLIOGRAFIA	65
9. APÊNDICES E ANEXOS	71

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Matriz de Correlações entre os Itens da Dimensão Projeto Profissional.....	23
Tabela 2 - Análise Descritiva de Cada Item da Escala de Medida Projeto Profissional e Correlação Item- Total da Escala.....	23
Tabela 3 – Caraterização Demográfica dos Participantes	26
Tabela 4 – Caraterização Profissional dos Participantes	27
Tabela 5 - Distribuição de Frequências relativa à Experiência em Cuidados Paliativos	28
Tabela 6 - Análise de Associação entre a Variável Experiência em Cuidados Paliativos e as Restantes Variáveis em Estudo	29
Tabela 7 – Distribuição de Frequências da Variável Formação Anterior em Cuidados Paliativos	33
Tabela 8 – Análise de Associação entre a Variável Formação Anterior em Cuidados Paliativos e as Restantes Variáveis em Estudo	34
Tabela 9 – Análise de Associação entre a Variável Preparação para Prestar Cuidados Paliativos e as Restantes Variáveis em Estudo	37
Tabela 10- Análise de Associação entre a Variável Opinião sobre o Papel da MGF em CP e as variáveis em estudo	40
Tabela 11 – Análise de Comparação de Médias entre a Variável Projeto Profissional e as Restantes Variáveis em Estudo.....	41
Tabela 12 – Comparação de Médias entre a Variável Projeto Profissional e as Restantes Variáveis em estudo	42

Índice de Figuras

Figura 1- Variáveis em estudo	21
Figura 2 – Associação entre as variáveis Experiência em Cuidados Paliativos e Região do País	28
Figura 3 - Distribuição de Frequências da Variável Frequência com que Presta Cuidados Paliativos a Doentes da Lista.....	30
Figura 4 – Distribuição de Frequências com que prestam Cuidados em Fim de Vida a Doentes com Doença Crónica Oncológica	31
Figura 5 – Cuidados em Fim de Vida a Doentes com Doença Crónica Não Oncológica	32
Figura 6 – Distribuição de Frequências da Variável Preparação para Prestar Cuidados Paliativos	35
Figura 7 - Comparação de médias entre a Variável Preparação para Cuidados Paliativos e Tipo de Formação Anterior	38
Figura 8 – Distribuição de Frequências da Variável Opinião sobre o papel do Médico de Família na Prestação de Cuidados Paliativos.....	39
Figura 9 - Distribuição de Frequências da Variável Projeto Profissional para prestar Cuidados Paliativos....	40
Figura 10 - Gráfico de Comparação de Médias da Variável Projeto Profissional em Relação à Formação Anterior em CP.....	42
Figura 11 - Gráfico de Comparação de Médias da Variável Projeto Profissional em relação à Opinião sobre o papel dos MF na Prestação de Cuidados Paliativos	43
Figura 12 - Gráfico de Comparação de Médias da Variável Projeto Profissional em Relação ao Tipo de Formação Anterior em Cuidados Paliativos	44

Parte I

1. Introdução

No último século, o envelhecimento demográfico mundial, resultante da evolução das condições socio sanitárias e da melhoria da qualidade da oferta de serviços de saúde, contribuiu de forma considerável para o aumento da morbilidade e mortalidade por doença crónica avançada e incurável.

O aumento da idade ao morrer com um aumento substancial de necessidades acrescidas de saúde em fase avançada da vida, colocam desafios sérios aos sistemas sociais e de saúde. Esta alteração do padrão de necessidades de saúde das populações, com um número crescente de pessoas a necessitar de cuidados mais dirigidos à doença crónica, à doença avançada, à multimorbilidade e a cuidados em fim de vida, requer uma adequação da oferta de serviços, quer a nível hospitalar quer a nível da comunidade.

Para além das condicionantes financeiras que esta realidade irá acarretar, a adequação da oferta de cuidados de saúde e da mudança de paradigma da prática profissional, mais centrada na doença crónica do que na doença aguda, e nas especialidades generalistas do que na especialização, requer que os profissionais de saúde estejam preparados e capacitados para dar uma resposta adequada às necessidades dos seus doentes. Por outro lado, os profissionais de saúde devem estar preparados para dar resposta a pessoas com doença crónica e incurável, e às suas necessidades reais, mesmo que em fim de vida, ou seja, para a prestação de Cuidados Paliativos (CP), tendo como objetivo final a melhoria da qualidade de vida em todo o tipo de problemas e a todo o tipo de pacientes e suas famílias.

Atualmente aceite como uma área através da qual se procura uma resposta eficaz para doentes sem expectativa de vida, a prática de CP requer formação e treino adequado. Sendo considerada uma área de atuação a desenvolver num modelo de cuidados partilhados, deverá abranger uma intervenção pluriprofissional em vários níveis de cuidados, incluindo múltiplas especialidades médicas. Mas, grande parte dos médicos em exercício no nosso país não terá tido qualquer formação em CP ao longo da sua vida académica e profissional.

A Medicina Geral e Familiar (MGF) é a especialidade médica que, pelas suas características, mais se centra na abordagem holística do ser humano, gerindo todo o tipo de problemas

desde a prevenção da doença e suas complicações à gestão da doença crónica e pluripatologia. Das características definidas para o perfil profissional dos seus profissionais ressaltam a continuidade de cuidados, a abordagem holística e centrada na pessoa, assim como a gestão de recursos e partilha de cuidados que são centrais à atuação em CP. O aumento de esperança de vida, condicionando o aumento da prevalência da doença crónica, determinará um aumento das necessidades em CP nas listas de utentes dos Médicos de Família (MF).

A evidência demonstra que uma das principais dificuldades à integração dos CP na prática clínica diária será a insuficiente preparação dos seus profissionais, incluindo dos MF. Com efeito, as instituições representativas nesta área de atuação, entre as quais a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a European Association of Palliative Care (EAPC), têm vindo nos últimos anos a reforçar a necessidade de maior investimento em CP, nomeadamente em ambiente comunitário, ou seja, em Cuidados de Saúde Primários (CSP). As recomendações das instituições europeias, mundiais e nacionais reforçam a necessidade de adoção de um conjunto de medidas a nível organizacional, mas medidas dirigidas à melhor preparação dos seus profissionais de saúde.

Nos últimos anos, em Portugal, como a nível mundial, nos Estados Unidos, Reino Unido, grande parte dos países da Europa Ocidental e alguns países da América do Sul e Ásia, têm sido desenvolvidos esforços no sentido da integração da formação em CP para a melhor preparação dos médicos. Contudo, a literatura revela-nos que aparentemente os MF não estarão disponíveis ou preparados para prestar CP aos seus doentes, sendo múltiplos os fatores descritos como estando na base da sua pouca apetência, disponibilidade, confiança ou motivação para CP.

A escolha da temática desta investigação prende-se com a pertinência das questões decorrentes da educação médica em CP, nomeadamente com a necessidade de se repensar e adequar a formação e treino dos MF nesta área, com maior impacto na vida e na saúde das populações. A pertinência desta proposta de investigação resulta ainda da possibilidade de poder contribuir para a tomada de decisões políticas e organizacionais mais consentâneas, quer para a prática clínica futura dos profissionais de saúde, quer para os responsáveis pela educação médica em geral. A inexistência de estudos relevantes nesta área em Portugal justifica igualmente a realização de uma investigação com o propósito de compreender melhor o contexto de atuação dos MF e a sua experiência em CP aos utentes das suas listas, analisada através da visão e perspetivas dos próprios.

Para tal, desenhámos uma linha de investigação centrada na prática de CP no contexto de CSP. Com base numa pesquisa bibliográfica preliminar, esta investigação tem como finalidade compreender a experiência dos médicos especialistas de MGF no que diz respeito à prática de CP, e até que ponto poderá interferir na sua motivação para a prestação de CP em contexto comunitário. Desenhámos um estudo de campo com uma linha metodológica de natureza observacional, através da aplicação de um questionário autoadministrado, na tentativa de recolher dados que nos possam dar resposta à questão central desta investigação.

Relativamente à estrutura e organização do manuscrito desta investigação, para além do resumo geral (e *abstrat*), o mesmo está organizado em três partes ou secções principais:

Na Parte I, abordamos as temáticas em estudo, com base num trabalho de revisão teórica dos estudos identificados na literatura, com a finalidade de contextualizar a investigação, e salientar a sua relevância e pertinência, no contexto atual, perante a inexistência de estudos nesta área profissional em Portugal.

Na Parte II, é descrita de forma sucinta a metodologia adotada, e reunidos os resultados dos estudos empíricos, desenvolvidos através de uma análise de natureza quantitativa. Deste modo, apresentamos os resultados do inquérito por questionário dirigido à população-alvo, mais precisamente aos médicos da especialidade de MGF em Portugal.

Na Parte III são apresentadas a interpretação e discussão crítica dos resultados do estudo de campo, as conclusões principais da investigação realizada, e algumas considerações, nomeadamente, as suas limitações e os seus contributos, quer a nível científico quer para a prática profissional, com sugestões de novas linhas de investigação, na tentativa de integrar sucintamente todo o conteúdo dos capítulos anteriores.

No final é descrita a Bibliografia consultada na execução desta dissertação, usando as normas de referenciação bibliográfica da Associação Americana de Psicologia (APA), 6ª edição, para a elaboração de trabalhos académicos e científicos.

2. Revisão da literatura

2.1. Cuidados Paliativos Primários

A idade ao morrer atinge atualmente os 80,84 anos em Portugal, um dos países da Europa com maior Índice de Envelhecimento, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2017. De acordo com o Global Health and Ageing Report, da World Health Organization (WHO, 2011) entre 2010 e 2050, o número de pessoas idosas nos países menos desenvolvidos deverá aumentar em mais cerca de 25% do que o aumento previsto de 71% para os países desenvolvidos (Beard et al., 2016). Este fenómeno é acompanhado pelo aumento considerável da prevalência da doença crónica, em que a doença cardiovascular (DCV), a doença oncológica e a demência são descritas como as principais causas de morte, nos próximos anos. Em Portugal, para além do aumento sistemático da esperança média de vida (George, 2012), as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos foram os responsáveis por mais de metade das 110.970 mortes (ou seja, 55,1%) registadas em 2016 (INE, 2018). Em relação a 2015, houve uma pequena descida (0,2%) nas causas de morte por DCV (29,6%), contrariamente às mortes por tumor maligno (24,7%) em que os dados do INE mostram um aumento de 2,7% no número de mortes em relação a 2015.

Com efeito, a incidência, prevalência e mortalidade por doença crónica tem vindo a aumentar em todo o mundo, com um aumento significativo da doença de longo curso e da multimorbilidade (WHO, 2015). Segundo a OMS, no seu documento “Global Atlas of Palliative Care at the End of Life” (2014, atualizado em 2017), de entre mais de 55 milhões de mortes no mundo em 2011, mais de 29 milhões morreram por doença requerendo CP. Em 2017, em todo o mundo, a estimativa global de adultos com necessidades paliativas em fim de vida era de cerca de 20 milhões, em que 94% seriam adultos dos quais 69% com mais de 60 anos. Em relação à mortalidade total, este relatório estima que 37,4% de todas as mortes por todas as causas a nível mundial terão necessidade de CP. Ainda neste estudo, é referido que apenas 14% das pessoas com necessidades paliativas as receberam realmente. Por outro lado, prevê-se um aumento considerável de necessidades paliativas no futuro, face ao envelhecimento da população, e aos novos desafios relacionados com outras doenças emergentes, como as doenças infecciosas, entre as quais a SIDA e a tuberculose multirresistente. Este relatório considera a necessidade premente de reorganização de recursos e de serviços para dar resposta a estas necessidades.

Os CP são identificados hoje, quer pelas instituições relevantes nesta área de cuidados quer por alguns autores, como um direito das populações (WHO, 2002, 2014; EAPC, 2015). E apesar de se ter percorrido um longo caminho desde essa altura, continua a identificar-se na grande maioria dos países que a disponibilidade de CP não parece poder dar resposta à maior parte das situações clínicas com necessidades paliativas (Whright, 2008; Lynch, Connor, & Clark, 2013).

Contudo, será importante ter em conta que, com o reforço das atividades de promoção da saúde, de prevenção de causas evitáveis de morte, assim como a identificação precoce e tratamento atempado de doenças potencialmente curáveis (atividades que estão previstas e são prioritárias em contexto dos Cuidados de Saúde Primários), pode ser evitado um número significativo de mortes por doenças que viriam a requer necessidades paliativas.

O WHO Global Atlas of Palliative Care at the End of Life (2014, atualizado em 2017), considera a necessidade de CP em todos os níveis de cuidados, sejam cuidados primários ou secundários, a serem oferecidos prioritariamente na fase precoce da doença.

A nível internacional, as recomendações das instituições representativas consideram três níveis de prestação de cuidados (Centeno, Lynch, Donea, Rocafort, & Clark, 2013; Ministério da Saúde, PEDCP, 2016), em que *Cuidados Paliativos Generalistas* são prestados por profissionais que trabalham em áreas em que a prevalência de doentes com doença incurável e progressiva é elevada. Neste grupo, devem estar incluídos profissionais dos CSP que devem dispor de conhecimentos e competências mais avançadas nesta área, nomeadamente formação de nível intermédio obtida a nível pós-graduado, nos internatos de especialidade.

Em Maio de 2014, o relatório da OMS na sua resolução WHA 67.19 - Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-en.pdf), reconhecendo a inadequada e insuficiente integração dos CP nos sistemas de saúde e social, considera a necessidade de inclusão dos CP num *continuum* de cuidados, especialmente ao nível do CSP, num sistema de cuidados partilhados e integrados.

Considera-se assim que todos os profissionais médicos deverão ser capazes de desenvolver ações paliativas básicas, e que os CP generalistas devem ser prestados por qualquer médico especializado ou com conhecimentos e competências na abordagem de doenças que limitam a vida, quer esteja a trabalhar em CSP quer ao nível dos cuidados hospitalares.

Por outro lado, os CP, fundamentalmente oferecidos em contexto de prática hospitalar têm vindo a ser dirigidos sobretudo à doença oncológica (Centeno, C., Lynch, Donea, Rocafort, & Clark, 2013). A doença crónica não oncológica, contrariamente ao expetável e comparativamente com a doença oncológica, caracteriza-se por um longo percurso evolutivo com múltiplas flutuações na trajetória da doença, frequentemente associado a multipatologias e incerteza no prognóstico. A doença crónica não oncológica constitui a causa mais comum e mais prevenível de problemas de saúde, mas também a causa de mais elevados custos financeiros (CDC, 2012; EAPC; 2013; Bearmaert, 2015). A multimorbilidade e as condições não malignas, assim como a fragilidade e a demência, têm assim menor probabilidade de beneficiar de CP (Murray, Boyd, Sheikh, Thomas, & Higginson, 2004).

A trajetória da doença nas situações não oncológicas, com declínio lento de funções, recaídas e períodos de incapacidade, múltiplos internamentos por intercorrências (Murray, Kendall, Boyd, & Sheikh, 2005), e sobretudo na fase final da sua história natural como, por exemplo, na demência, terá repercussões na qualidade de vida do doente e sua família tão ou mais significativas do que na doença oncológica (Carvalho, Vasconcelos, Costa, Tato Marinho, 2016). Por outro lado, estimando-se que em 2040, 46% das mortes ocorrerão em idosos com idade igual ou superior a 85 anos, a doença que mais contribuirá para o aumento das necessidades paliativas no futuro, para além do cancro, será a demência (Etkind, et al, 2017). Como tal, os CP devem estender-se a doentes com doença crónica não maligna, que terão problemas e necessidades não satisfeitas, tanto ou mais do que os doentes oncológicos. Mas a integração da doença crónica não oncológica em CP é muito inferior ao esperado, tendo em conta a sua elevada prevalência (Aldridge, et al, 2016; Payne, et al, 2017). Deverá haver uma mudança do foco de atenção sobretudo para a pessoa idosa e/ou com demência, assim como para a doença crónica não oncológica em geral, para as quais os sistemas de saúde e sobretudo os CSP não parecem estar preparados (Aguir, 2012).

Atendendo à elevada prevalência da doença crónica não oncológica em CSP e às atividades de prevenção primária (da doença), secundária (das complicações da doença) e terciária (da perda de funcionalidade, e posterior reabilitação do doente), características da intervenção em CSP, a integração precoce na doença não oncológica em CP depende em larga escala do papel do MF.

2.2. O papel do Médico de Família em Cuidados Paliativos

Em 2002, a Organização Mundial dos Médicos de Família na Europa (WONCA Europe) e a Academia Europeia de Docentes de Clínica Geral (European Academy of Teachers in General Practice, EURACT) identificariam a definição e o modelo concetual da MGF como especialidade, com as suas competências nucleares. Neste modelo, fica implícita a importância do “cuidar” para além do “tratar”, da abordagem personalizada e centrada na pessoa, em que o papel do médico assume um efeito “terapêutico”, numa interação singular. Consideram-se ainda relevantes os conceitos de continuidade de cuidados, de autonomia e responsabilidade individual do paciente, numa prática especialmente direcionada para a promoção da saúde e a prevenção da doença, para além da gestão da doença crónica (WONCA Europe, 2015).

Neste perfil, o especialista de MGF é o médico da “pessoa”, responsável pela prestação de cuidados abrangentes, holísticos e continuados a todo o indivíduo que o procura, cuidando dos seus problemas no seio da sua família e da comunidade, e respeitando a sua autonomia, numa relação de proximidade que constitui o eixo central da sua atuação. O MF deve ser capaz de “integrar fatores físicos, psicológicos, sociais, culturais e existenciais, recorrendo a conhecimentos e à confiança gerados pelos contactos repetidos” com os seus pacientes. Na sua prática profissional atua “promovendo a saúde, prevenindo a doença e prestando cuidados curativos ou CP, consoante as necessidades de saúde dos pacientes e os recursos disponíveis” (WONCA Europe, 2015). Para além disso, “deve responsabilizar-se pelo desenvolvimento e manutenção das suas aptidões clínicas”, através de uma atualização constante e educação médica contínua, ao longo da vida.

Mas, neste modelo holístico, ao MF é requerido maior capacidade de comunicação, maior eficácia na relação médico-doente, maior aptidão no trabalho em equipa, maior destreza ao nível dos cuidados partilhados (fundamental na articulação com outros níveis de cuidados no sistema de saúde), assim como maior aptidão clínica para a emergência de doenças crónicas, gestão da multimorbilidade e a continuidade de cuidados (WONCA Europe, 2015).

Com base no perfil descrito atrás, coloca-se a questão de se perceber até que ponto as características de trabalho a realizar pelo médico especialista de MGF em CSP se enquadram no padrão de atuação esperado em CP, em particular em CP Primários ou generalistas.

A existência de instituições próprias e serviços especializados de CP “não é suficiente para dar resposta a todos os doentes em situação de doença crónica avançada e que ameaça a vida das pessoas” (Aguiar, 2012). No futuro, os MF terão de lidar cada vez mais com um aumento crescente de doentes com doença crónica avançada e suas famílias, nas listas de utentes pelas quais são responsáveis (Ankuda, Jetty, Bazemore, & Petterson, 2017). Em cada lista de utentes de um MF, morrem em média 20 doentes por ano com necessidades paliativas, dos quais $\frac{3}{4}$ são por doença crónica não oncológica (Thoonsen, et al, 2011). A capacidade de identificação desses doentes com necessidades paliativas deverá ser um fator determinante na prática do MF (Klok, Engels, Veldhoven, & Rotar Pavlič, 2018).

Em CP, o MF possui múltiplas vantagens no seu perfil de atuação porque conhece bem os seus pacientes, faz um seguimento ao longo da vida, e por essa razão terá mais oportunidades de identificar precocemente doentes com doença crónica que poderão necessitar de CP, e que deverão ser proporcionados por uma equipa de profissionais com quem o paciente tem uma relação “de proximidade e de confiança” ao longo do tempo (Murray, Boyd, Sheikh, Thomas, & Higginson, 2004).

Os MF trabalham próximo da comunidade, e a sua acessibilidade desempenha um papel importante em CP. Para além das características da especialidade citadas atrás, a capacidade de comunicação e coordenação de cuidados entre os MF e os cuidados hospitalares coloca os MF em posição ideal para resolver múltiplos problemas em CP (Aubin, 2010; Ramanayake, Dilanka, & Premasiri, 2016). Com efeito, relativamente ao papel do MF em CP, de acordo com a literatura disponibilizada, é esperado que tenha conhecimentos em CP, que seja um bom comunicador, que tenha uma atitude de colaboração, e que se envolva em treino e formação ao longo da vida, para se manter atualizado (Beernaert, et al, 2015).

Contudo, a formação em CP continua a ser escassa em Portugal, sobretudo a formação ao nível do ensino pré e pós-graduado, constituindo uma “barreira que dificulta a implementação de equipas” e de estratégias de promoção, “negando assim o acesso a estes cuidados a uma fração significativa da população” (Aguiar, 2012).

Num conjunto de recomendações da responsabilidade da European Assotiation on Palliative Care no seu documento de consenso “White paper defining optimal palliative care in older people with dementia” (van der Steen, 2014) foram identificados vários domínios na abordagem da demência, por exemplo, que incluem tarefas e características do perfil de atuação do MF: abordagem centrada na pessoa, capacidade de comunicação, continuidade

de cuidados, abordagem biopsicossocial, cuidados à família, decisão partilhada, trabalho em equipa, e educação para a saúde.

Cerca de 1% dos doentes das listas do MF estão no último ano da sua vida, pelo que cerca de 1% dos seus doentes morrerão em cada ano, justificando a necessidade premente da sua identificação precoce (Thomas, et al, 2011). Segundo alguns autores, os MF valorizam cada vez mais e fazem cada vez mais CP (Mitchell, 2002; Ankuda, Jetty, Bazemore, & Petterson, 2017), mas precisam de encontrar formas de identificar estes doentes com necessidades paliativas nas suas listas, para que possam avaliar e colmatar essas necessidades e as suas preferências, planeando respostas adequadas em tempo útil, nomeadamente cuidados em fim de vida, mesmo que no seu domicílio (Thomas & Free, 2006).

Em 2006, a perceção dos MF holandeses no que diz respeito à qualidade da sua prática em cuidados a pessoas em fim de vida valorizava quatro aspetos importantes para uma boa prática em CP: a disponibilidade do MF, quer para fazer visitas domiciliárias regulares, quer para se deslocar fora-de-horas a casa do doente (em caso de emergência), a competência clínica no que diz respeito ao controlo sintomático (nos sintomas físicos, psíquicos, e suporte emocional), a coordenação de cuidados e cooperação com outros profissionais, a capacidade de comunicação e atenção ao paciente, assim como a continuidade de cuidados, com acompanhamento regular e sistemático (Borgsteede, et al, 2006).

Nos EUA, em estudos realizados com o objetivo de explorar a perceção dos MF acerca dos CP que prestam aos seus doentes e dos requisitos necessários para integração dos CP em ambiente de CSP, os participantes identificaram aspetos essenciais à sua prática, nomeadamente a capacidade de reconhecer necessidades paliativas nos seus doentes, de responder adequadamente às necessidades paliativas e de desenvolver estratégias para melhorar a abordagem dos CP, em contexto de CSP (Nowels, Jones, Nowels, & Mallock, 2016).

No Reino Unido, 97% dos MF inquiridos consideram que desempenham um papel importante em CP aos seus doentes em fim de vida bem como às suas famílias (Mitchell, Loew, Millington-Sanders, & Dale, 2016).

Numa revisão sistemática de estudos sobre a prática de CP pelos MF concluiu-se ainda que os MF valorizam o seu trabalho em CP e que, na maioria das vezes, os doentes apreciavam a contribuição dos MF ao prestarem CP aos seus doentes, sobretudo se fossem acessíveis, se despendessem tempo para ouvir, e se aparentassem desenvolver esforços no controlo

sintomático (Mitchell, 2002). Na doença oncológica, por exemplo, os doentes reconhecem o papel principal da equipa de Oncologia como responsável pelo seu seguimento, mas desejam o envolvimento do seu MF no seu plano de cuidados, sendo que uma boa comunicação e colaboração entre os CSP e as especialidades hospitalares facilitará a partilha de cuidados (Aubin, 2010). E na opinião dos MF alemães, os mesmos desejam estar envolvidos e estar a par da evolução da doença oncológica dos seus doentes (Dahlhaus, Vanneman, Guethlin, Behrend, & Siebenhofer, 2014). Queixando-se da pouca informação que têm, os MF tentam desenvolver pontes de contacto com os médicos hospitalares. Este estudo conclui que os MF estão numa posição ideal para acompanhar os doentes ao longo de todo o processo da doença oncológica, mas sentem em geral que o seu envolvimento é escasso, pelo que a criação de modelos de cuidados partilhados pode complementar informação entre cuidados paliativos primários e cuidados paliativos especialistas (Dahlhaus, Vanneman, Guethlin, Behrend, & Siebenhofer, 2014).

De acordo com a revisão sistemática efetuada por Mitchell (2002), os MF valorizavam a prática de CP, embora expressassem desconforto acerca da sua competência, sobretudo em relação a sintomas menos comuns. Mas com apoio adequado de equipas de especialistas em CP, os MF sentiam-se mais confortáveis e o seu desempenho melhorava. Vários outros estudos documentam que, com apoio adequado, assim como a articulação eficiente entre especialistas e generalistas num modelo de cuidados partilhados (Gardiner, Gott, & Ingleton, 2012), o MF pode providenciar cuidados de qualidade a doentes com uma prevalência elevada de doenças de longa evolução, entre as quais a Diabetes, Hipertensão arterial, Cirrose hepática (Low et al, 2016), a doença musculoesquelética, a DPOC (Murray, Boyd, & Sheikh, 2005), a Insuficiência cardíaca (Harris & Zwar, 2007; Gadoud, 2014), a doença terminal por falência de órgão (Murray, Kendall, Boyd, & Sheikh, 2005), para além dos cuidados que necessariamente terão de vir a assumir em relação a pessoas idosas e muito idosas (WHO, 2004; Geiger, et al, 2016).

Entre as razões consideradas como mais importantes no perfil profissional do MF, para estar mais bem posicionado para este trabalho, contam-se a sua preparação para lidar com a multimorbilidade, frequentemente coexistente na doença crónica (Starfield et al, 2005; Starfield, 2010), a sua atividade prioritária centrada na prevenção de condições não relatadas por outros especialistas de CP (Lafata, Martin, Morlok, Divine, & Xi, 2001), e a garantia de um trabalho com continuidade de cuidados, fundamental na abordagem da doença crónica,

sobretudo em condições clínicas que podem evoluir com grandes limitações e necessidade de saúde, como por exemplo na Diabetes (Overland, Yue, & Mira, 2001).

A doença crónica e a multimorbilidade é altamente prevalente em CSP, embora variando de país para país e local de prática (Fortin, Stewart, Poitras, Almirall, & Maddocks, 2012; Pengpid, & Peltzer, 2017). Aumenta substancialmente com a idade, sobretudo acima dos 80 anos, e no geral 45,2% dos doentes em CSP têm mais do que uma doença crónica (Ornstein, Nietert, Jenkins, & Litvin, 2013). Numa revisão sistemática de estudos de multimorbilidade, a sua prevalência é maior acima dos 75 anos, podendo atingir os 98,5% em serviços de CSP, contra os 71,8% na população geral (Reynolds, et al, 2018). Na verdade, é em CSP que se “move” o maior número de doentes, e em particular doentes com doença crónica, sobretudo não oncológica, com multipatologia e fragilidade, que serão responsáveis pelas elevadas taxas de consumo de consultas em MGF.

Os pacientes com doença crónica complexa são seguidos mais frequentemente em ambientes de CSP do que em outros níveis de cuidados, estando devidamente documentado que estes doentes têm frequentemente necessidades não satisfeitas. Para garantir a equidade e acessibilidade a cuidados de qualidade, que aliviem o sofrimento destes doentes, “é fulcral que nos recursos de saúde já existentes se promova uma profunda alteração no seu modo de organização e funcionamento (Capelas, Neto, & Coelho, 2016), para que de acordo com as recomendações da OMS se possa garantir a sua integração no *continuum* de cuidados.

A integração dos MF no *continuum* de cuidados, explicitadas nas recomendações da EAPC e da OMS, tem vindo a ser considerada desde há alguns anos por múltiplos autores (Mitchell, 2004; Mitchell, Raymond & McGrath, 2004; Michicls, et al, 2007; Nelson, & Hope, 2012; Quill & Abernethy, 2013; Beernaert, 2015; Ramanayake, Dilanka, & Premasiri, 2016).

A melhoria da qualidade da prestação de CP em Portugal irá depender da intervenção dos médicos de família no futuro (Aguilar, 2012), sobretudo da sua capacidade para desenvolver CP de qualidade.

Os MF desde que bem preparados e competentes poderão providenciar cuidados de qualidade a doentes com necessidades paliativas, em equipas apoiadas por especialistas, em que das suas tarefas definidas como fundamentais serão a sua capacidade de gerir recursos e estabelecer uma boa comunicação, característicos do perfil de um bom MF, e que são considerados cruciais em CP (Yuen, Behrndt, Jacklyn & Mitchell, 2003; Beemaert, 2015).

Por outro lado, em CSP, para além da integração e partilha de cuidados, é absolutamente necessária a promoção e implementação de cuidados domiciliários efetivos (Mitchell, 2002; Mitchell, Lowe, Millington-Standers, & Dale, 2016) com reforço de equipas domiciliárias especializadas em CP (Aguilar, 2012), que possam desenvolver boas práticas. Este trabalho deverá ser implementado através de uma “maior acessibilidade a equipas multiprofissionais, maior flexibilidade na organização do trabalho, mais disponibilidade de tempo, espaços mais adequados para cuidar dos doentes e suas famílias, garantia de continuidade de cuidados, implementação do trabalho em equipa e adequação da articulação entre os diferentes setores de saúde, e sobretudo de acessibilidade em tempo útil dos doentes a serviços de saúde” (Capelas, Neto & Coelho, 2016).

Num *continuum* de cuidados, recomenda a OMS na sua resolução WHA 67.19 (2014), que os CP sejam dirigidos a todas as doenças que deles necessitem, em todas as idades, e em todos os níveis de prestação de cuidados, com ênfase nos cuidados primários e nos cuidados prestados em domicílio. Esta integração resulta não apenas da necessidade de aumentar a acessibilidade e dar resposta mais efetiva ao aumento de necessidades paliativas, mas reflete igualmente uma preocupação com a redução e otimização de recursos de saúde e consequente redução de custos, a nível hospitalar.

A continuidade de cuidados e a capacidade dos MF para tratar doentes em casa podem ser algumas das chaves para evitar a hospitalização dos doentes, na opinião quer dos próprios quer dos seus MF (De Korte-Verhoef, 2015). Efetivamente, os cuidados domiciliários são uma alternativa menos dispendiosa do que a hospitalização e a institucionalização desadequada e continuada dos doentes, para além de promoverem cuidados integrados e mais compreensivos a doentes que estão limitados em domicílio.

Nos países pioneiros em iniciativas que garantam um serviço de cuidados domiciliários como o Canada (CFPC, 2000, 2011) ou o Reino Unido, no seu documento “Gold Standards Framework” (www.goldstandardsframework.org.uk), os seus Colégios de Medicina Familiar recomendam que os cuidados domiciliários devam ser vistos como parte integrante do papel da MGF, enfatizando a continuidade de cuidados, característica desta especialidade. Integrado numa prática de grupo, para garantir cobertura durante 24 horas diárias em casa dos doentes, um papel mais ativo do MF, definido em função das necessidades dos doentes em domicílio, e integrado numa equipa multidisciplinar, deverá passar a ser mais reconhecido pelas instituições representativas e entidades governamentais.

Em domicílio, podem ser desenvolvidos CP de qualidade pelos MF e equipas comunitárias, com apoio especializado sempre que necessário (Yuen, Behrndt, Jacklyn, & Mitchell, 2003), resultando em vantagens consideráveis do ponto de vista da relação custo/benefício e melhoria da qualidade de vida das pessoas. De acordo com Wright et al (2010), num estudo sobre correlação entre local de morte, qualidade de vida dos doentes e saúde mental dos familiares em fase de luto, os doentes oncológicos que morreram no hospital experienciaram mais distress físico e emocional, assim como pior qualidade de vida, do que os doentes que morreram em domicílio. Estudos de revisão sistemática sobre custo-eficácia dos CP em domicílio evidenciam claramente que estes cuidados aumentam a probabilidade de o doente poder morrer em casa, reduzindo o “peso” dos sintomas (sobretudo em doentes concológicos), sem aumentar o impacto no luto familiar e com benefícios para os custos na saúde (Gomes, Calanzani, Curiale, McCrone, & Higginson, 2012).

E quando pensamos na melhoria da qualidade temos de ter em conta igualmente as preferências e expectativas dos doentes e dos seus familiares, porque as pessoas com doença avançada ou terminal devem poder morrer em suas casas com dignidade (Murray, 2004). Para além de profissionais bem preparados, o planeamento adequado das atividades, a continuidade e a disponibilização de material/serviços em diferentes níveis de cuidados não podem deixar de ter em conta as preferências dos doentes relativamente ao local onde querem ser tratados (Dunn, & Litivis, 2011;). E as preferências dos doentes, relativamente ao tipo e local onde querem ser tratados, são influenciadas por questões relacionadas com o apoio familiar. A família é um fator particularmente importante pelo que o doente e os seus familiares (em conjunto) devem ser tidos em conta como a “unidade de cuidados”, sobretudo em doentes idosos (Etkind, Bone, Lovell, Higginson, & Murtagh, 2018).

Estudos de revisão sobre os determinantes do local de morte em CP revelam que entre os fatores que aumentam a probabilidade de morrer em casa está o apoio de equipas de CP domiciliárias (Costa, 2014). Em 2010, na maior parte dos países da Europa, incluindo em Portugal, a maioria das pessoas referem que se sofressem uma doença oncológica a sua preferência pelo local de morte seria a sua casa (Gomes, Sarmiento, Ferreira, & Higginson, 2013; Hoare, Morris, Kelly, Kuhn, & Barclay, 2015).

Os CP em domicílio são preferidos pela maioria dos doentes (Yuen, Behrndt, Jacklyn, & Mitchell, 2003), sendo que os doentes com doença oncológica em fase avançada preferem passar os últimos dias da sua vida em sua casa (Bruera, Russell, Sweeney, Fisch, & Palmer, 2002). Em domicílio, o MF pode prestar CP de qualidade, desde que apoiado por um serviço

de CP especializado. Garantindo uma oferta adequada de cuidados em domicílio, a equipa de CP não só poderá aumentar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes, mas também contribuirá para aumentar a satisfação dos seus familiares (Mitchell, 2002; Pivodic, 2015).

Um estudo de projeção recentemente realizado no Reino Unido revela que entre 2004 e 2014, a proporção de mortes em casa aumentou significativamente de 16,7% para 21,2%, enquanto a morte no hospital reduziu em cerca de 10% (Bone, Gomes, Etkind, Verne, Murtagh, Evans, & Higginson, 2018). Estes dados apontam para que a morte e os cuidados em fim de vida no domicílio continuem a aumentar e irão duplicar até 2040, pelo que os CP domiciliários devem ser encarados como um desafio no futuro, sendo urgente a necessidade de implementação de infraestruturas que garantam esse apoio.

A par da evidência científica, no que diz respeito à inclusão dos CP a nível comunitário, a sua promoção está cada vez mais a ser discutida e recomendada em vários países do mundo (C.F.P.C., 2000; E.A.P.C., 2015; PEDCP, 2016; Department of Health, Austrália, 2017), nomeadamente no que diz respeito ao papel do MF na prestação de CP em domicílio. Contudo, estão igualmente descritos na literatura múltiplos fatores que aparentam contribuir para a dificuldade de integração e implementação dos CP ao nível dos Cuidados Primários, e em meio comunitário.

Apesar dos incentivos institucionais recentes a visitas domiciliárias, Portugal é um dos países em que se pode identificar maior número de barreiras ao envolvimento dos médicos de família na prestação de CP (Aguiar, 2012).

A MGF tem estado em mudança nos últimos anos, esperando-se que o futuro seja mais gratificante, porque dar maior importância ao papel do MF em cuidados domiciliários poderá ser mais satisfatório quer para os sistemas de saúde e para a sociedade, quer para as pessoas, médicos e doentes.

Em síntese, o perfil profissional do especialista de MGF enquadra-se perfeitamente nas necessidades requeridas em CP, ao nível dos CP básicos e generalistas, pelas características comuns destas duas áreas de atuação, nomeadamente – a abordagem holística, a continuidade de cuidados e os cuidados centrados na pessoa, desenvolvidos no contexto da família e em meio comunitário (WONCA, 2011).

A priorização dos CP na agenda da MGF em Portugal é um imperativo ético, sendo que áreas como a formação devem ser consideradas prioritárias (Aguiar, 2012).

2.3. Formação em Cuidados Paliativos

Atendendo ao aumento da mortalidade por doença crónica, à aparente inversão no perfil das principais causas de morte no futuro, mas sobretudo porque mais mortes na fase avançada da vida determinarão um aumento de necessidades paliativas, superior ao esperado, os modelos atuais de prestação de cuidados devem responder a estes desafios e adaptar-se às mudanças necessárias, sobretudo no que diz respeito à formação de profissionais não especialistas em CP. Se para suprir essas necessidades precisarmos de especialistas em CP ou paliativistas, então teríamos de treinar um número massivo desses profissionais no momento, para sermos capazes de dar essa resposta daqui a 40 anos. Contrariamente, e a par das recomendações da OMS, são já muitos os autores que consideram que os profissionais não especialistas em CP podem providenciar a maior parte dos cuidados em fim de vida, especialmente se em ambiente comunitário, com apoio de equipas de especialistas em CP (Etkind, et al, 2017). Assim sendo, haverá necessidade de aumentar não apenas o número, mas acima de tudo a formação e treino de profissionais médicos e enfermeiros, em CP generalistas, em várias especialidades médicas e cirúrgicas, mas especialmente em equipas de cuidados na comunidade.

Recentemente no Reino Unido, de entre quatro temas relevantes, os MF reconheceram a necessidade de treino e desenvolvimento profissional para aumentar os seus conhecimentos, aptidões e atitudes (Mitchell, Loew, Millington-Sanders, & Dale, 2016).

A prática de CP em CSP, sobretudo em meio comunitário, prestados no domicílio, requerem MF integrados em equipas competentes e disponíveis para dar resposta às necessidades dos doentes e prestar CP de qualidade. Para isso, é importante que seja oferecido treino estruturado, em programas de formação com apoio de especialistas de CP, tendo em atenção as barreiras à comunicação e ao trabalho em equipa (Yuen, Behrndt, Jacklyn, & Mitchell, 2003), e não apenas ao nível do ensino pré e pós-graduado.

Na doença oncológica e não oncológica, mas também no que diz respeito à prestação de cuidados a idosos e na demência, a OMS nos seus documentos *Global Atlas of Palliative Care at end of life care* (2014) e *Better Palliative Care for Older People* (2004) considera que deverá ser assegurado o treino dos profissionais de saúde incluindo tempo suficiente dedicado a CP e cuidados a pessoas em fim de vida, em que os profissionais devam ser apoiados para se manterem atualizados.

A nível mundial, o envolvimento das instituições responsáveis e associações de profissionais na oferta de programas de formação tem vindo a contribuir para colmatar essas lacunas de conhecimento (WHO Global Atlas on Palliative Care at the end of life, 2014).

As recomendações da OMS (2014) inserem diretrizes no que diz respeito à inclusão do ensino dos CP nos programas curriculares quer a nível pré e pós-graduado, quer ainda na formação avançada e ao longo da vida, encorajando a investigação no sentido da identificação de modelos de atuação e promoção de boas práticas.

A EAPC no seu documento “Promoting Palliative Care in the Community: producing a toolkit to improve and develop primary palliative care in different countries” (2015) ao listar as barreiras e oportunidades para a implementação de CP primários, citadas em diferentes países europeus, coloca no topo da lista – lacuna de conhecimentos e aptidões entre os MF, a par das compensações financeiras pelo trabalho em CP, e em 4º lugar, a falta de apoio de especialistas de CP ou paliativistas.

Em Portugal, o PEDCP (para o biénio 2017-2018), no seu eixo prioritário relativo à formação e investigação, inclui o desenvolvimento de estratégias para a formação básica em CP no ensino pré-graduado, o desenvolvimento de Centros de Referência para potenciar a formação específica e capacitar os profissionais de saúde que integram as equipas, e o estabelecimento de orientações técnicas no domínio da formação contínua nos diversos grupos profissionais envolvidos na prestação de CP, entre outras ações (Ministério da Saúde, PEDCP, 2017-2018).

A formação e treino efetivo dos profissionais de saúde, assim como a implementação de *guidelines* contribuirá para melhorar a comunicação com os doentes e com outros profissionais e serviços (Teunissen, et al, 2017), contribuindo para a identificação de doentes com necessidades paliativas (Thoonsen, et al, 2016), e assegurando assim as boas práticas nesta área de cuidados.

Por outro lado, a definição de um conjunto de aptidões em CP, para todos os médicos no ensino pré e pós-graduado, poderá garantir que todos os MF tenham o conhecimento básico e a confiança necessária para gerir a maior parte dos problemas comuns em CP comunitários (Yuen, Behrndt, Jacklyn, & Mitchell, 2003; Quill, Timothy, & Abernethy, 2013). Para além da formação, será importante que em cada país se encontrem modelos inovativos e funcionais que associados a protocolos, orientações, normas de atuação em CP no contexto dos CSP, auxiliem o trabalho do MF e a equipa de saúde onde se encontra integrado.

A formação dos profissionais é crucial, e os médicos especialistas de MGF, desde que capacitados para tal, possuem um grande potencial para prestar CP e/ou em fim de vida aos seus utentes, se tiverem treino adequado, tempo, recursos e se trabalharem num sistema que disponha de apoio de especialistas em CP, ou paliativistas (Harding & Higginson, 2003; Geiger, et al, 2016; Etkind, et al, 2018).

2.4. Síntese da revisão da literatura

Em síntese, o envelhecimento da população, o aumento da esperança de vida e o aumento da prevalência da doença crónica, progressiva, incapacitante, com perda precoce de autonomia e implicações consideráveis numa sociedade em transformação, requerem uma reorganização dos serviços sociais e de saúde para enfrentar este desafio, no sentido de dar respostas mais adequadas ao aumento das necessidades da população.

Os CP como cuidados de saúde especializados para pessoas com doenças graves e/ou avançadas e progressivas, e que ameaçam a vida, pretendem através de um conjunto de atividades promover a qualidade de vida, bem-estar e dignidade de doentes e suas famílias.

Em Portugal, como em muitos outros países, a disponibilidade de CP não parece poder dar resposta de acordo com o desejável para colmatar todas as necessidades paliativas no futuro. Encarados como um direito das pessoas e uma responsabilidade ética (Brennen, 2007), é essencial aumentar a sua acessibilidade. Fundamentalmente oferecidos em contexto de prática hospitalar e sobretudo dirigidos à doença oncológica, a doença crónica não oncológica pelas características da sua trajetória pode igualmente condicionar um grande impacto na qualidade de vida das pessoas. Por essa razão, no futuro requer-se uma maior atenção a pessoas com doença crónica em geral, e sobretudo para a pessoa idosa, para as quais os sistemas de saúde e sobretudo os CSP não parecem estar preparados.

A doença crónica e a multimorbilidade é altamente prevalente em CSP, sobretudo doença crónica não oncológica, com multipatologia e fragilidade. O desenvolvimento dos CP é essencial em CSP, de modo a aumentar a sua acessibilidade e a corresponder às necessidades paliativas e às expectativas dos doentes com doença crónica em meio comunitário.

As instituições e serviços especializados de CP não são suficientes para dar resposta à previsão de tão grande número de doentes em situação de doença crónica avançada no futuro. Os MF terão de lidar cada vez mais com um aumento crescente de doentes com doença crónica avançada nas suas listas de utentes.

Existem recomendações e evidência científica que documentam as vantagens da inclusão dos CP a nível comunitário, e do papel do MF na prestação de CP em domicílio. Contudo, estão descritos fatores que dificultam a integração e implementação dos CP ao nível dos CSP, em meio comunitário.

A maioria das barreiras à participação dos MF em CP são barreiras multifatoriais e complexas, mas a evidência demonstra que os MF reconhecem a necessidade de mais treino para aumentar os seus conhecimentos, aptidões e atitudes, por lacunas na sua formação e preparação, como uma das barreiras ao seu envolvimento na prática de CP. Em Portugal, as propostas da CNCP no seu PEDCP, incluem estratégias para potenciar a formação em CP e capacitação dos profissionais de saúde. A formação e treino efetivo dos profissionais contribuirá para melhorar e assegurar as boas práticas em CP. Para além da formação dos profissionais, a integração de CP nos sistemas de saúde requer maior investimento na investigação. Com efeito, uma das estratégias para aumentar a integração de CP nos sistemas de saúde é promover o investimento na investigação (Aldridge, et al, 2016). No PEDCP, o seu eixo prioritário III inclui: estimular e potenciar a investigação em CP promovendo a cooperação entre equipas de CP e investigadores, nacionais e internacionais, e o estabelecimento de acordos de colaboração para a obtenção de maior evidência. De acordo com alguns autores, uma das linhas de investigação prioritárias em CP dirá respeito a estudos dirigidos à prestação de CP em contexto não hospitalar (Pillemer, Chen, Riffin, Prigerson, & Reid, 2015).

A investigação dirigida à prestação de CP em contexto não hospitalar é considerada prioritária, pelo que, tendo como principal propósito aprofundar o conhecimento sobre a experiência dos MF na prestação de CP em Portugal, colocam-se-nos as seguintes questões de investigação:

- ▶ *Qual a experiência dos MF em CP aos utentes das suas listas?*
- ▶ *Estarão os MF motivados para prestar CP aos doentes/utentes da sua lista?*
- ▶ *O que pensam os MF acerca da sua experiência e do seu papel na prestação de CP aos utentes da sua lista?*
- ▶ *Estarão os MF preparados para lidar com a maior parte dos problemas de doentes com necessidades paliativas?*

Parte II

3. Metodologia

3.1- Objetivos

No sentido de explorar a visão dos médicos prestadores em CSP sobre as questões colocadas, a finalidade da presente investigação será *conhecer a experiência dos médicos de MGF, no que diz respeito à prática de CP*. Para tal, numa atitude exploratória, definimos como objetivo geral saber se estes médicos estão motivados para prestar CP, ou mais precisamente, caracterizar e conhecer a experiência profissional e a capacitação dos médicos de MGF portugueses em termos de CP, e a sua relação com a sua motivação profissional para prestar CP.

Especificamente, os objetivos do estudo são:

- Conhecer a experiência dos MF em CP;
- Saber se os participantes se consideram ou não preparados para a prática de CP;
- Saber qual a sua opinião sobre o seu papel na prática de CP em contexto de CSP;
- Saber qual a perceção que os participantes têm sobre a sua motivação para a prática de CP, enquanto parte do seu projeto profissional;

Secundariamente, pretende-se analisar a relação entre as variáveis em estudo e a motivação profissional dos participantes para prestar CP.

Para dar resposta aos objetivos definidos, conduzimos uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados Medline, EMBASE, Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) e PubMed Central, com restrição da literatura a populações de adultos, publicada em português e inglês, desde 2000, e utilizando as palavras chave: Cuidados Paliativos, Cuidados em fim de vida, Medicina Geral e Familiar e Médico (os) de Família.

3.2 - Tipo de estudo

Para tal, desenhamos uma investigação de natureza quantitativa, desenvolvendo um estudo observacional, transversal, descritivo e analítico, utilizando um inquérito por questionário, autoadministrado e distribuído por correio eletrónico. Para a colheita de dados, usámos um

link de acesso à plataforma de questionários da web SurveyMonkey Inc (www.surveymonkey.com). Neste documento, apresentamos os resultados preliminares do estudo exploratório, após três meses de colheita de dados.

3.3- População e amostra

A população alvo do estudo inclui os médicos de MGF, internos ou especialistas, em exercício em Portugal nas várias regiões do país. Neste estudo exploratório, apresentamos os resultados de uma amostragem não probabilística, por não termos tido possibilidade de obter o acesso a todos os médicos que constituem a população alvo em estudo, até ao momento de apresentação deste documento.

Foram incluídos na amostra os médicos que responderam ao questionário até 15 de julho de 2018, sendo a amostra constituída por 185 participantes, cuja caracterização demográfica é apresentada na Tabela 3 e 4 (Capítulo Resultados, pág. 26). Foram excluídos os médicos que referiram já não estarem a praticar MGF em contexto de CSP, no momento da colheita de dados.

A população alvo inclui os 5800 médicos de família em Portugal (ACSS, 2018), a exercer a sua atividade nas várias regiões do país. Destes médicos 1267 são novos especialistas de MGF formados desde 2015, o que corresponde a um aumento de 20%, em relação aos anos anteriores.

3.4- Métodos

Tratando-se de um estudo exploratório de natureza quantitativa, após uma revisão bibliográfica exaustiva, considerámos pertinente desenvolver um instrumento de colheita de dados, baseado essencialmente nos resultados dos estudos de revisão identificados na literatura (Mitcheell, Schneider, Mitchell, & Murray, 2010; Mitechell, Lowe, Millington-Sanders, & Dale, 2016; Nowels, Jones, Nowels, & Matlock, 2016), que permitisse dar resposta às questões de investigação formuladas.

3.4.1- Instrumento de colheita de dados

O instrumento de colheita de dados inclui uma primeira parte para avaliar as características demográficas e profissionais dos participantes, para além da caracterização da sua experiência

profissional em CP e motivação para CP, como fazendo parte do seu projeto profissional, enquanto médicos de MGF:

A *caracterização demográfica e profissional* (Figura 1) inclui a colheita da informação relativa a: idade, género, situação profissional e anos de prática em MGF, região, local e tipo de prática em MGF, dimensão da lista de utentes, número de consultas diárias e número de visitas domiciliárias por mês.

Para caraterizar a sua *experiência em CP*, enquanto médico da especialidade de MGF, considerámos: experiência anterior em CP, frequência com que presta CP a utentes da sua lista e número de pacientes em fim de vida na sua lista que tenham sido alvo de CP no último ano (Figura 1).

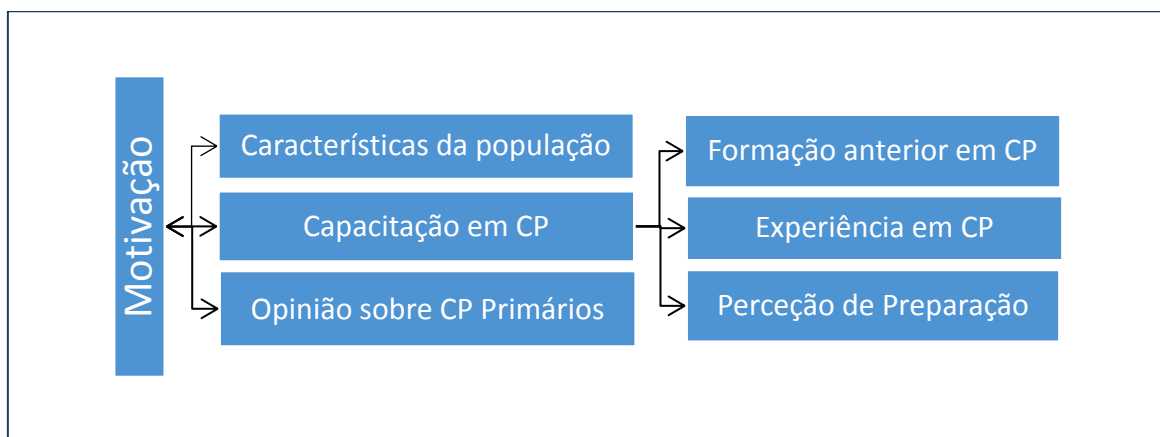


Figura 1- Variáveis em estudo

Em função das questões de investigação e dos pressupostos identificados, considerámos como variáveis principais (Figura 1) em estudo:

- *Opinião dos participantes sobre o papel do MF enquanto responsável por CP comunitários* a utentes da sua lista, numa escala de tipo *Likert* de cinco pontos, cujas respostas varia do “Concordo totalmente” ao “Discordo totalmente”;
- *Formação anterior em CP*, que pretende avaliar se os participantes tiveram ou não formação anterior em CP (Sim/Não), assim como o tipo de formação que tiveram, cujas respostas variam desde a *Formação pré-graduada*, *Formação no Internato*, *Formação Avançada* (Pós-graduações e Mestrado/Doutoramento) assim como *Outra* no sentido de identificar outro tipo de formações, nomeadamente reuniões clínicas informais, e formação em serviço;

- Perceção dos médicos sobre a sua *Preparação para a prestação de CP*, para avaliar até que ponto os médicos se sentem preparados para prestar CP aos utentes das suas listas, cuja resposta varia entre Sim/Não;

- *Motivação profissional* para CP enquanto parte do seu projeto profissional como médicos de MGF. Para saber qual a motivação dos médicos especialistas de MGF para prestar CP usámos uma escala de medida da variável “*Projeto profissional*” (Gaspar, Jesus & Cruz) já anteriormente validada para a população portuguesa e em contexto de MGF, no sentido de perceber até que ponto os CP fazem parte do projeto profissional destes médicos.

A escala de medida da motivação inclui três itens de resposta numérica (numa escala tipo *Likert* de três pontos), que pretendem avaliar qual a expressão dos objetivos profissionais e interesse dos participantes para prestar neste caso CP (agora e no futuro), assim como o grau em que desejam prestar CP aos utentes das suas listas, enquanto MF. Os três itens foram adaptados ao contexto de prática de CP, e analisados no sentido de confirmar a sua validade e fiabilidade.

O instrumento de recolha de dados, construído pela investigadora (Apêndice 1), foi submetido a um processo de validação das escalas de medida que incluiu:

- Validação facial dos itens da escala em estudo (por dois peritos na área dos CP, dois peritos na área da MGF e dois peritos em Psicologia);

- Estudo preliminar, através da aplicação prévia do questionário a um grupo de 10 indivíduos, da mesma área profissional.

O questionário foi alvo de um estudo piloto prévio, realizado numa amostra de conveniência que incluiu 10 médicos, internos e especialistas de MGF. Desse estudo foram feitas correções de carácter linguístico em alguns dos itens criados, e foi considerada a necessidade de reduzir o número de variáveis em estudo.

Para a análise da sua fiabilidade usámos testes de correlação inter-item e item-total, após os itens standardizados, assim como determinação do Coeficiente *Alpha* de Cronbach,

Ao utilizarmos a escala de medida que representa a dimensão *Projeto Profissional*, usámos o somatório dos três itens que a representam:

- 1- Expressão dos seus objetivos profissionais no que diz respeito à prestação de CP;
- 2- Interesse por CP de âmbito comunitário (agora e no futuro);

- 3- Grau em que deseja prestar CP aos utentes da sua lista, numa escala que vai de zero a dois pontos (máximo=6).

Na relação entre os itens (Tabela 1), verificamos existir uma correlação estatisticamente significativa, entre os três itens, por forma a poderem ser tratados como uma dimensão, ou variável *Projeto Profissional*.

Pela análise correlacional entre os itens e o valor total da escala, sem o peso do item em causa (Tabela 3), avaliando o rigor da seleção dos itens, observa-se que as correlações são todas superiores a 0,3 ($p < 0,05$), concluindo-se que os mesmos podem ser considerados para avaliar o construto que se pretende medir.

Tabela 1 - Matriz de Correlações entre os Itens da Dimensão Projeto Profissional

MEDIDAS	1	2	3
1. Expressão dos seus objetivos profissionais em termos de CP	1,00		
2. Interesse por CP (agora e no futuro)	+ 0,534 $p = 0,000$	1,00	
3. Grau em que deseja prestar CP de âmbito comunitário	+ 0,536 $p = 0,000$	+ 0,564 $p = 0,000$	1,00

Nota: Coeficiente de correlação de *Pearson* ($p < 0,05$).

Agrupados os itens em uma única dimensão, na análise para verificação da fiabilidade da medida (Min - Máx = 6), após os itens estandardizados (Tabela 2), obteve-se um valor de Coeficiente *Alpha* de *Cronbach* de 0,782 suficientemente elevado para se aceitar como medida adequada na avaliação da variável em causa.

Tabela 2 - Análise Descritiva de Cada Item da Escala de Medida Projeto Profissional e Correlação Item-Total da Escala

Item	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min-Máx	<i>Var</i>	<i>Alpha</i> , se item eliminado	Correlação Item-Total
Item 1	185	1,58	0,70	0 - 2	1,42	0,721	0,605
Item 2	185	1,53	0,68	0 - 2	1,44	0,697	0,626
Item 3	185	1,34	0,66	0 - 2	1,47	0,696	0,628

Nota: *M* = média; *DP* = Desvio-padrão; Min-Máx = Amplitude; *Var* = Variância.

Com base nestes resultados, utilizámos a dimensão *Projeto Profissional* para analisar a motivação profissional para a prestação de CP, nesta investigação.

3.4.2- Análise estatística

Os dados foram analisados utilizando o programa informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 21 para Windows 7 (Microsoft Corporation, USA) tendo sido utilizada estatística descritiva (determinação de frequências, percentagens, médias e desvio padrão, mediana e moda), para descrever e sintetizar os dados.

Tendo em conta as questões de investigação das quais partimos, tivemos ainda necessidade de utilizar análise bivariada e inferencial recorrendo a testes paramétricos, por se assumir a normalidade e homogeneidade de variâncias num grupo populacional em número superior a 30, de acordo com o Teorema do Limite Central.

A fim de estudar as relações entre variáveis, e após verificação dos seus pressupostos, usámos a Correlação de Pearson, o Teste do Qui quadrado (com análise dos resíduos ajustados padronizados, para localização dos valores significativos), Teste *T* para amostras independentes e Análise de Variância (One Way ANOVA), estabelecendo-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Neste último caso, para a análise de comparações de médias, recorreremos ao teste *post hoc* Hochberg's GT2 por se revelar mais robusto em pares com grandes diferenças de *n*.

Após a análise preliminar o tratamento dos valores omissos (missings) foi desprezado por não ultrapassar 1,6% para as variáveis em que os mesmos foram verificados.

3.4.3 - Questões éticas

Do ponto de vista ética, foi assegurado que o estudo não envolve colheita de informação de natureza pessoal dos respondentes (nomes, contactos, data de nascimento, nº de cartões de identificação, etc), que o questionário é anónimo e confidencial, sendo os resultados para uso exclusivo nesta investigação.

A base de dados será trabalhada exclusivamente e informaticamente pela investigadora (palavra passe do conhecimento exclusivo da mesma), onde não constará a identificação dos respondentes, sendo o seu nome substituído por um código.

Na divulgação do questionário o participante é informado que a sua participação é voluntária, e a informação colhida permanecerá estritamente confidencial sendo tratada de acordo com os regulamentos de proteção de dados aplicáveis.

O acesso ao questionário e as respostas são colhidas através de um link, com a garantia de anonimato da informação recolhida (ativação da função “respostas anónimas” no coletor de dados), e numa ligação segura e criptografada por SSL.

Para a garantia das condições éticas do estudo, foi solicitado a prévia aprovação pela Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa (Anexo 1).

3.4.4 - Procedimentos

Com a duração prevista de oito meses, a colheita de dados teve o seu início em maio de 2018 e atendendo às dificuldades decorrentes do acesso aos contatos dos participantes, no presente estudo foram incluídos todos os dados colhidos até 15 de julho do corrente ano.

Para a colheita de dados foi solicitada colaboração da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF) e da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) na divulgação do estudo e envio do *link* de acesso ao questionário para os endereços de correio eletrónico da população elegível.

O *link* foi enviado aos participantes num texto introdutório explicativo dos objetivos do estudo, das vantagens para a saúde em geral, contendo informação sobre a identificação da investigadora, a garantia de anonimato e confidencialidade dos dados colhidos, assim como a informação da prévia aprovação pela Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa (Anexo 1).

A colheita de dados foi realizada através de uma plataforma eletrónica com encriptação de toda informação, incluindo dos endereços eletrónicos.

Na preparação do projeto de investigação, não houve lugar a financiamento para a execução do trabalho, para o qual foi identificado o seguinte cronograma:

ATIVIDADES A DESENVOLVER	Nov-dez.2017	Jan/fev.	Mar/abr.	Mai/jun.	Julho
Apresentação do Projeto					
Construção do questionário					
Pré-teste					
Submissão à Comissão de Ética					
Colheita de dados					
Análise de resultados					
Escrita do documento de Dissertação					
Submissão da Dissertação para Discussão pública					

4. Resultados

Em função das questões de investigação e dos objetivos principais em estudo, apresentamos a seguir os resultados obtidos nos estudos realizados, ilustrados em figuras e tabelas, com referência aos métodos e testes estatísticos utilizados para o seu tratamento.

4.1 – Caraterização Demográfica e Profissional dos Participantes

A amostra de participantes é constituída por 185 respondentes, cuja caraterização demográfica é apresentada na Tabela 3, relativamente à sua idade, género e local onde os médicos se encontram a trabalhar.

Tabela 3 – Caraterização Demográfica dos Participantes

CARATERÍSTICAS		Nº	%
Idade	< 30	29	15,7
	30 - 39	96	51,9
	40 - 49	28	15,1
	50 - 59	15	8,1
	>= 60	17	9,2
Género	Masculino	41	22,2
	Feminino	144	77,8
Nacionalidade	Portuguesa	171	92,4
	Dupla nacionalidade	8	5,3
Região do país	Outra	6	3,3
	Norte	36	19,5
	Centro	27	14,6
	Lisboa e Vale do Tejo	54	29,2
	Alentejo	17	9,2
	Ilhas	5	2,7
	Algarve	46	24,9

Relativamente ao perfil profissional dos respondentes (Tabela 4), tentámos identificar alguns aspetos que pensamos poderem caracterizar a prática diária do MF e que poderão eventualmente influenciar o seu envolvimento em CP, nomeadamente a sua situação profissional e anos de experiência em MGF, o seu local e tipo de prática, a dimensão de lista de utentes que os médicos têm, e alguns aspetos relativos ao seu trabalho diário, incluindo o número de visitas domiciliárias que realizam mensalmente.

Em relação à variável nacionalidade, atendendo ao valor encontrado, e aos resultados das análises preliminares, não se verificando qualquer influência na relação com as variáveis principais em estudo, ela não foi considerada na apresentação dos resultados seguintes.

Tabela 4 – Caracterização Profissional dos Participantes

CARATERÍSTICAS		Nº	%
Anos de prática em MGF	< 5	77	41,6
	5 - 10	48	25,9
	11 - 20	30	16,2
	21 - 30	12	6,5
	> 30	18	9,7
Situação profissional em MGF	Interno de especialidade	53	28,6
	Assistente de MGF	92	49,7
	Assistente graduado de MGF	33	17,8
	Assistente Graduado Sénior	7	3,8
Local de prática	Urbano	135	73
	Rural	50	27
Tipo de prática	Isolada	20	10,8
	Prática de grupo (< 6 MF)	97	52,4
	Prática de grupo (>= 6 MF)	68	26,8
Dimensão da lista de utentes	< 1000	10	5,4
	> 1000 <= 1500	17	9,2
	> 1500 <= 2000	152	82,2
	> 2000	6	3,2
Nº consultas /cada período de consulta diário	<= 10	28	15,1
	11 - 15	81	43,8
	16 - 20	58	31,4
	>= 21	18	9,7
Nº de visitas domiciliárias /mês	<= 2	56	30,3
	3 - 5	91	49,2
	6 - 9	26	14,1
	>= 10	12	6,5

4.2 - Experiência em Cuidados Paliativos

Para caracterizar a experiência em CP a utentes das suas listas, enquanto médico da especialidade de MGF, considerámos as seguintes variáveis: experiência anterior e frequência com que presta CP a utentes da sua lista, número de pacientes em fim de vida na sua lista alvo de cuidados no último ano, atitudes face aos cuidados em fim de vida num conjunto de patologias que podem decorrer com necessidades paliativas.

No que diz respeito à *experiência dos MF em CP* aos utentes das suas listas, a **maioria dos 185 participantes neste estudo (54,9%) afirma não ter experiência em CP**, enquanto MF, ou seja, CP de âmbito comunitário (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição de Frequências relativa à Experiência em Cuidados Paliativos

CARACTERÍSTICAS		N	%
Experiência anterior em CP (com utentes da lista)	Sim	83	45,1
	Não	101	54,9
Frequência com que presta CP aos seus doentes	nunca	12	6,5
	ocasionalmente	113	61,1
	diariamente	19	10,3
	semanalmente	27	14,6
	mensalmente	14	7,6
Nº de doentes em fim de vida alvo de CP (2017)	0	38	20,5
	1 - 5	121	65,4
	6 - 10	12	6,5
	>= 10	14	7,6

Estudando as relações entre variáveis, verifica-se não existir uma relação de associação entre a variável *experiência em CP* e as variáveis de caracterização demográfica e profissional, nomeadamente género, grupo etário, categoria profissional, local de prática, tipo de prática, número de utentes em lista, número de consultas diárias e número de visitas domiciliárias, para um valor de significância de 5% (Tabela 6).

Contudo, existe uma **associação entre a Experiência em CP e a Região do país onde os médicos trabalham** ($\chi^2 = 12,568$; $p = 0,014$).

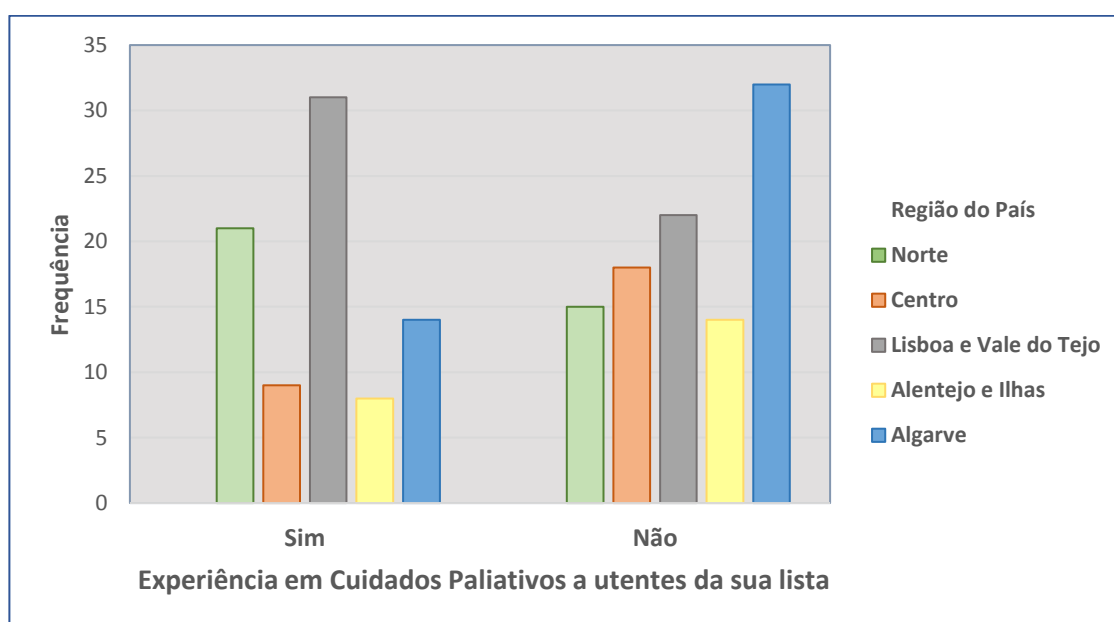


Figura 2 – Associação entre as variáveis Experiência em Cuidados Paliativos e Região do País

Na **região de Lisboa e Vale do Tejo** é maior o número de médicos que afirmam ter experiência em CP (23,9%), ou seja 31 médicos (frequência esperada =23,9) com uma associação positiva (resíduos ajustados = 2,3). Contrariamente na **região do Algarve**, de

acordo com a Figura 2, é maior a percentagem de médicos (31,7%), ou seja, 32 (frequência esperada = 25,3), a referir que não tem experiência em CP, numa associação positiva (resíduos ajustados = 2,3).

Tabela 6 - Análise de Associação entre a Variável Experiência em Cuidados Paliativos e as Restantes Variáveis em Estudo

CARACTERÍSTICAS			Sim	Não	Total	χ^2	gl	P
Experiência em CP (utentes da lista)	Género	Masculino	15	26	41	1,548	1	0,213
		Feminino	68	75	143			
	Grupo etário	< 30	9	20	29	3,496	4	0,478
		30 - 39	48	48	96			
		40 - 49	11	16	27			
		50 - 59	7	8	15			
		>= 60	8	9	17			
	Região do país	Norte	21	15	36	12,568		0,014
		Centro	9	18	27			
		Lisboa e Vale Tejo	31	22	53			
		Alentejo e Ilhas	8	14	22			
		Algarve	14	32	46			
	Anos de experiência em MGF	< 10	52	72	124	1.703	2	0,427
		10 - 30	21	21	42			
		> 30	10	8	18			
	Categoria Profissional	Interno	17	36	53	6,705	3	0.082
		Assistente	46	43	91			
		Assistente Graduado	16	17	33			
		Assistente Grad Sénior	2	5	7			
	Local de prática	Urbano	62	72	134	0.268	1	0,605
		Rural	21	29	50			
	Tipo de prática	Isolada	9	11	20	0,297	2	0,886
		Prática de grupo (< 6 MF)	45	51	96			
		Prática de grupo (> 6 MF)	29	39	68			
	Dimensão da lista	< 1500	13	11	24	1,525	3	0,677
		> 1500 <= 2000	66	85	151			
		> 2000	4	4	8			
	Nº consultas diárias	<= 10	12	16	28	2,141	3	0,544
		11 - 15	34	46	80			
		16 - 20	26	32	58			
		>= 21	11	7	18			
	Nº de domicílios/mês	<= 2	20	35	55	6,280	3	0,099
		3 - 5	43	48	91			
		6 - 9	11	15	26			
		>= 10	9	3	12			

Nota: χ^2 = valor do teste; gl = graus de liberdade; p = valor de significância.

Interrogados acerca da *frequência com que prestam CP a utentes das suas listas, com necessidades paliativas*, observa-se igualmente que **a grande maioria dos médicos ou seja**

113 (61,1%) médicos considera que presta CP ocasionalmente e 6,5% refere nunca prestar CP aos seus utentes (Figura 3).

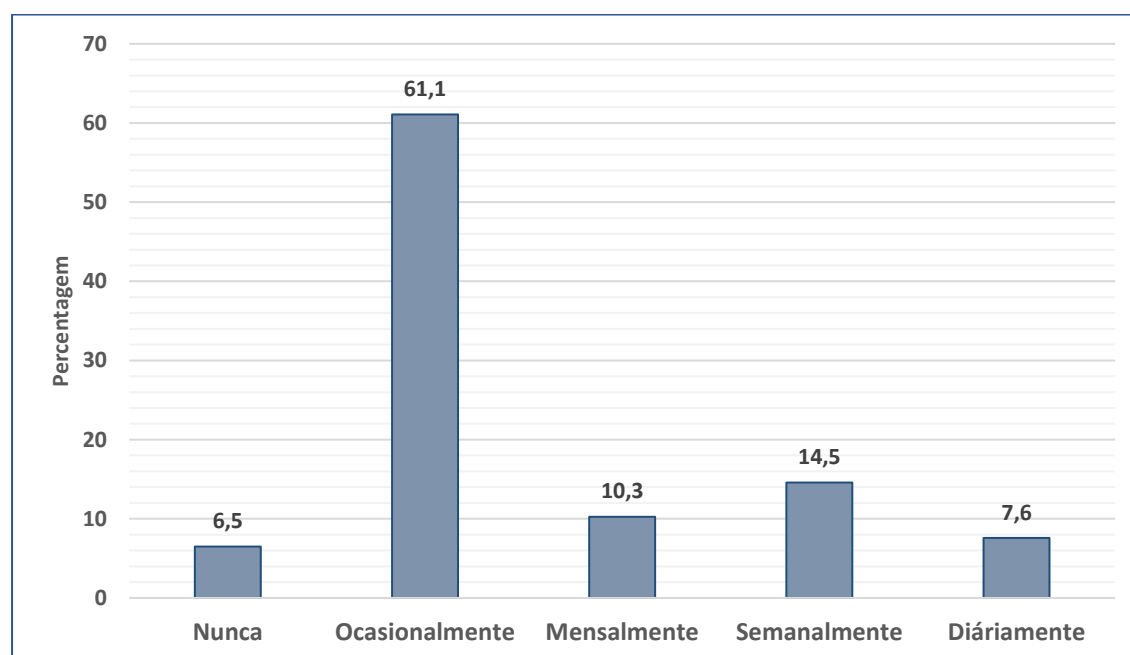


Figura 3 - Distribuição de Frequências da Variável Frequência com que Presta Cuidados Paliativos a Doentes da Lista

Quando questionados acerca do *número de doentes em fim de vida a quem tenham prestado CP no último ano*, ou seja, em 2017, 121 (65,4%) dos MF inquiridos referem terem prestado CP a doentes (entre 1 a 5) no último ano, e **38 (20,5%) referem não terem atendido qualquer doente com necessidades paliativas nas suas listas, no último ano** (Tabela 3).

De seguida apresentamos os resultados à pergunta que questiona a *frequência com que presta habitualmente CP e/ou Cuidados em fim de vida a doentes com doença crónica, de múltiplas etiologias, passíveis de decorrerem com necessidades paliativas* – Doença oncológica, Insuficiência cardíaca, Insuficiência respiratória, Insuficiência renal crónica, Insuficiência hepática crónica, Demência e Doença degenerativa do Sistema Nervoso.

Analisando o perfil de atitudes dos participantes, a frequência com que os médicos referem prestar CP a doentes com doença oncológica (Figura 4) revela-nos uma distribuição normal (moda = 3), em que a maioria dos médicos assinala que presta CP a estes doentes, “de vez em quando” (42,7%).

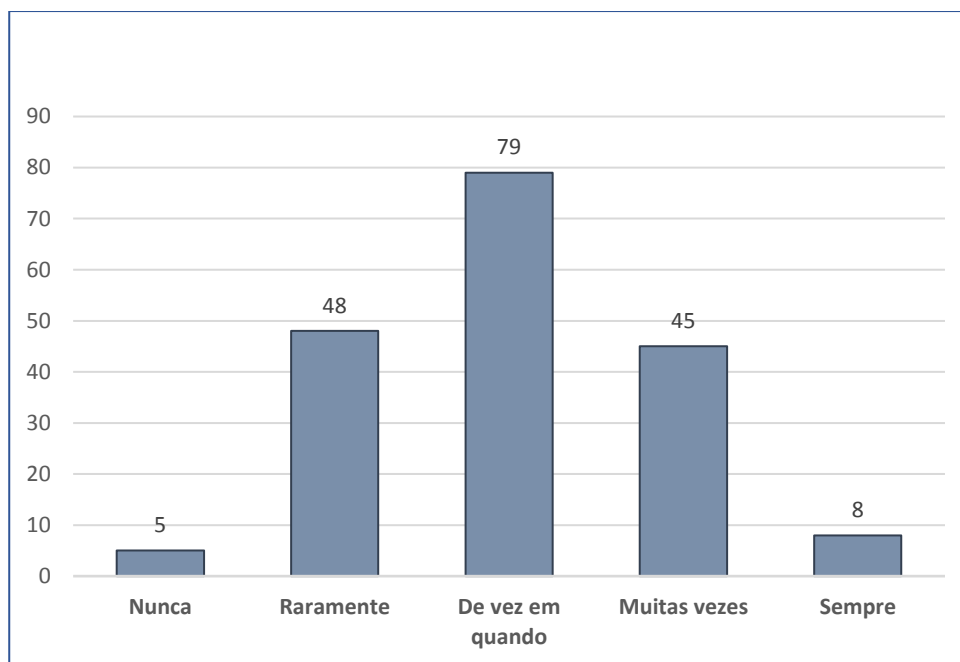


Figura 4 – Distribuição de Frequências com que prestam Cuidados em Fim de Vida a Doentes com Doença Crónica Oncológica

Ao compararmos com outras patologias que requerem CP, verificamos que o comportamento face à Demência (Figura 5) é sensivelmente semelhante ao descrito para a Doença Oncológica (moda = 3). Já o mesmo não acontece em relação à prestação de Cuidados em fim de Vida a doentes com Doença Degenerativa do SN (Esclerose Lateral Amiotrófica, Doença de Parkinson, Esclerose Múltiplas, entre outras), em que se verifica um perfil “contrário”, numa distribuição assimétrica à direita, prevalecendo as respostas “nunca” (34,1%) e “raramente” (36,8%), com um valor da moda = 2 (ou raramente).

Quando observamos a experiência dos participantes em relação à frequência com que prestam CP a doentes com doença crónica não oncológica, neste caso por insuficiência de órgãos – insuficiência cardíaca, respiratória, renal e hepática, verificamos que o perfil de atuação é sensivelmente o mesmo em todas as patologias analisadas (moda = 2), numa distribuição assimétrica à direita, em que a resposta “sempre” é praticamente inexistente (0 - 1%).

Em síntese, neste grupo de participantes, a maioria dos médicos não tem experiência em CP pois que apenas 45% dos participantes refere ter tido essa experiência.

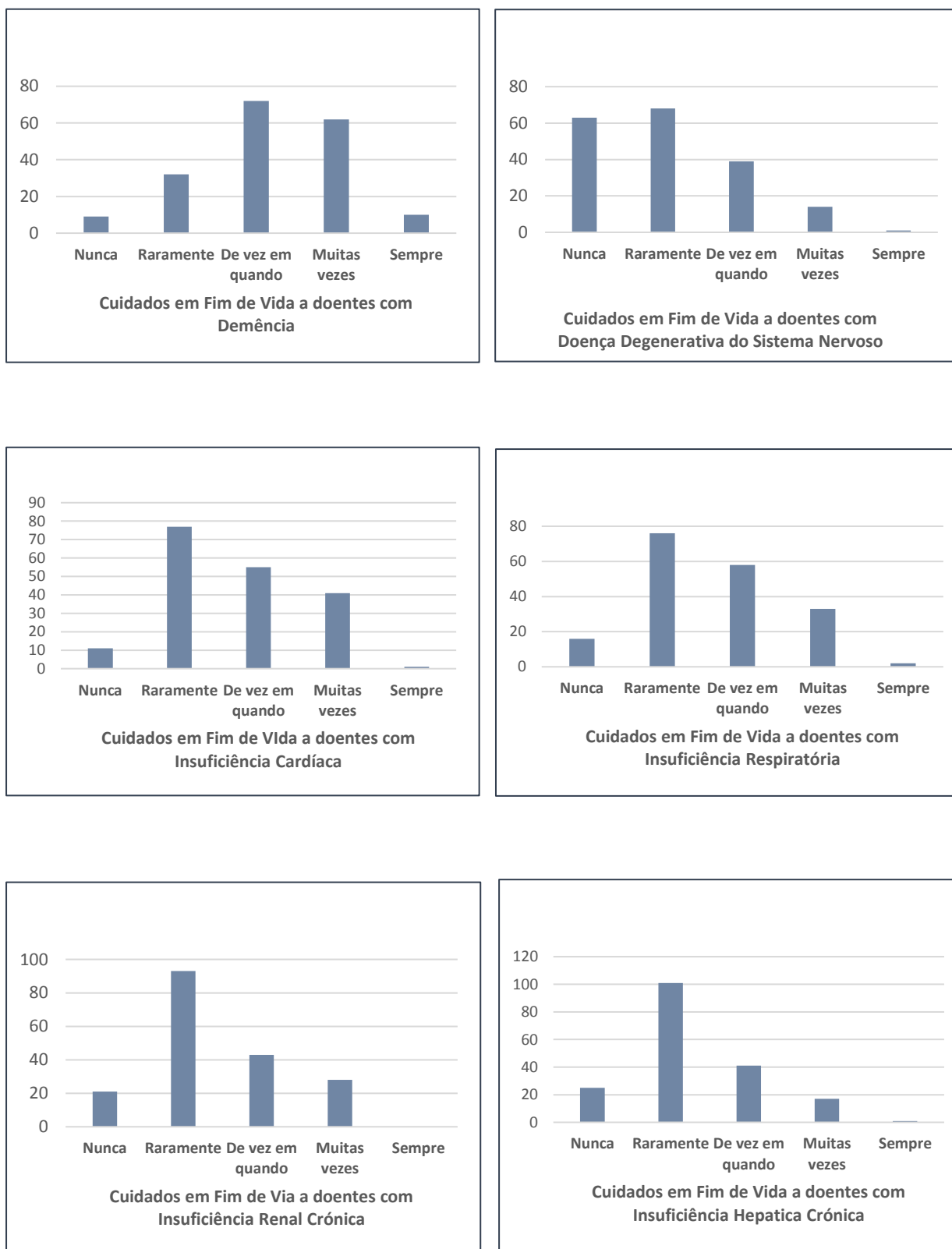


Figura 5 - Cuidados em Fim de Vida em Doentes com Doença Crónica Não Oncológica

4.3 – Capacitação em Cuidados Paliativos

No sentido de perceber se os participantes tiveram ou não *formação anterior em CP* (Sim/Não), assim como o tipo de formação que tiveram, os resultados revelam que, dos 185 participantes **120 (64,9%) médicos referiram terem recebido formação em CP anteriormente** e **apenas 65 (35,1%) dos médicos referem não terem recebido qualquer formação anterior em CP**. Dos restantes que responderam afirmativamente ($n = 120$), interrogados acerca do tipo de formação que tiveram em CP (Tabela 7), apresentamos abaixo as suas respostas numa distribuição por categorias, em que se observa que quase metade dos médicos (44,8%) referem terem tido formação avançada em CP (Pós-graduações e Mestrado, atendendo a que não se identificou nenhum participante com doutoramento), e 35,1% não tiveram qualquer formação.

Tabela 7 – Distribuição de Frequências da Variável Formação Anterior em Cuidados Paliativos

CARACTERÍSTICAS	N	%
Formação pré-graduada	8	6,4
Formação no internato	43	34,4
Formação em serviço	10	8,0
Reuniões clínicas informais	8	6,4
Pós-graduações	37	29,6
Mestrado	19	15,2

Não se verificou uma relação de associação entre a *Formação anterior em CP* e as variáveis de caracterização demográfica e profissional, nomeadamente género, região do país, anos de experiência profissional em MGF, local de prática, dimensão da lista de utentes, número de consultas diárias e número de visitas domiciliárias por mês, assim como o tipo de formação anterior que receberam (Tabela 8).

Contudo, existe **uma relação de associação estatisticamente significativa entre a Formação anterior em CP e o Grupo etário** ($\chi^2=14,879$; $gl=3$; $p=0,005$), em que no grupo etário dos 30 aos 39 anos é maior a proporção de médicos, ou seja, 73 médicos (frequência esperada = 62,7), que refere ter tido formação anterior em CP (resíduos ajustados = 3,3); por outro lado, os médicos com idade < a 30 anos manifestam-se de forma contrária, numa relação de associação negativa (resíduos ajustados = -2,9), afirmando não terem formação anterior em CP (Tabela 8), o que pode ser explicado por, sendo mais jovens e estando no internato, ainda não terem tido essa formação.

Tabela 8 – Análise de Associação entre a Variável Formação Anterior em Cuidados Paliativos e as Restantes Variáveis em Estudo

CARACTERÍSTICAS			Sim	Não	Total	χ^2	gl	P
Formação anterior em CP	Gênero	Masculino	22	19	41	2,902	1	0,088
		Feminino	98	46	144			
	Grupo etário	< 30	12	17	29	14,879	4	0,005
		30 - 39	73	23	96			
		40 - 49	17	11	28			
		50 - 59	10	5	15			
		>= 60	8	9	17			
	Região do país	Norte	25	11	36	4,310	4	0,366
		Centro	19	8	27			
		Lisboa e Vale Tejo	38	16	54			
		Alentejo e Ilhas	11	11	22			
		Algarve	27	19	46			
Categoria Profissional		Interno	26	27	53	12,880	3	0,005
		Assistente	71	21	92			
		Assistente Graduado	19	14	33			
		Assistente Grad	4	3	7			
	Anos de experiência em MGF	Sênior						
		< 10	84	41	125	2,050	2	0,359
		10 - 30	27	15	42			
	Local de prática	> 30	9	9	10			
		Urbano	86	49	135	0,296	1	0,597
Tipo de prática		Rural	34	16	50			
		Isolada	18	2	20	7,182	2	0,028
		Prática de grupo (< 6 MF)	57	40	97			
	Dimensão da lista	Prática de grupo (> 6 MF)	45	23	68			
		< 1500	21	4	25	6,424	3	0,093
		> 1500 <= 2000	93	58	151			
Nº consultas diárias		> 2000	3	2	5			
		<= 10	21	7	28	2,817	3	0,421
		11 - 15	48	33	81			
		16 - 20	38	20	58			
Nº de domicílios/mês		>= 21	13	5	18			
		<= 2	36	20	56	0,965	3	0,810
		3 - 5	57	34	91			
		6 - 9	18	8	26			
Experiência em CP		>= 10	9	3	12			
		Sim				27,536	1	0,000
		Não						

Nota: χ^2 = valor do teste; gl = graus de liberdade; p = valor de significância.

Estes resultados estão igualmente de acordo com a **associação verificada entre a Formação Anterior em CP e a variável Categoria profissional** ($\chi^2 = 12,880$; gl=3; p=0,005), em que a proporção de médicos da categoria Assistente de MGF que respondem afirmativamente (n=71) é superior ao esperado (frequência esperada =59,7), com uma associação estatisticamente significativa (resíduos ajustados =3,5). Contrariamente, para os Internos da

especialidade de MGF, mesmo que existindo uma relação estatisticamente significativa (Tabela 6), essa associação é negativa (resíduos ajustados = -2,9), ou seja, é maior o número de internos que afirmam não terem recebido formação em CP ($n = 27$, frequência esperada = 18,6; resíduos ajustados = 2,9).

No que diz respeito ao *Tipo de prática profissional*, a **Formação Anterior em CP tem uma relação significativa com o tipo de prática isolada** ($\chi^2 = 7,188$; $gl = 3$; $p = 0,028$), na medida em que dos médicos que trabalham em meio isolado e que receberam formação em CP ($n = 18$) são em maior proporção do que o esperado (frequência esperada = 13), com resíduos ajustados = 2,5, contrariamente aos restantes com uma prática de grupo.

Quando analisamos a **relação entre a Formação Anterior em CP e a Experiência em CP**, verificamos uma relação de associação de elevado significado estatístico ($\chi^2 = 27,536$; $p = 0,000$), em que os médicos que referem ter recebido formação, ou seja 71 (Frequência esperada = 54,1) são os que assinalam ter mais experiência em CP (resíduos ajustados = 5,2), contrariamente aos que não receberam formação.

Em síntese, a maioria dos médicos refere ter tido Formação Anterior em CP, em que a mesma variável está relacionada com a idade dos médicos, com a sua situação profissional, com o tipo de prática mais isolada, e com a experiência anterior em CP aos seus utentes.

Questionados sobre se se sentem preparados para prestar CP aos utentes da sua lista (Figura 6), **120 médicos participantes (64,9%) respondem negativamente**, e apenas 65 (35,1%) consideram estar preparados.

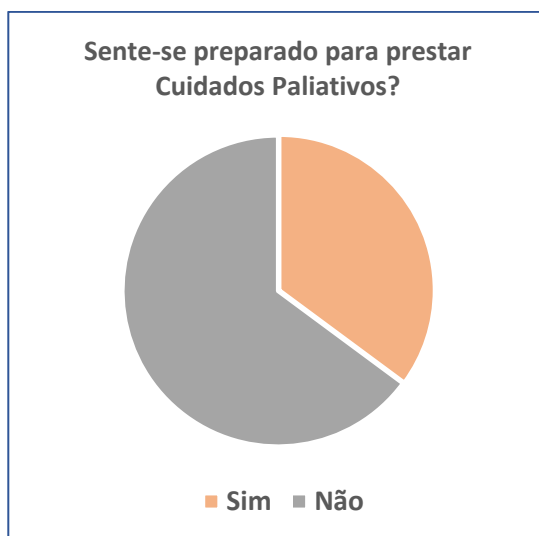


Figura 5 – Distribuição de Frequências da Variável Preparação para Prestar Cuidados Paliativos

Na análise de associação entre a percepção de *Preparação para CP* e as variáveis demográficas e profissionais (Tabela 9), verifica-se que a mesma é independente do género, grupo etário, região do país, anos de experiência, categoria profissional, local de prática, número de utentes em lista e número de consultas diárias.

Contudo, existe uma relação de dependência com as variáveis *tipo de prática*, *dimensão da lista*, *nº de visitas domiciliárias por mês*, *experiência em CP* e *formação anterior em CP*.

Mas, em relação à **região do país** ($\chi^2 = 9,557$; $gl = 4$; $p = 0,049$), não existe uma relação de associação para um nível de significância de 5% (mas sim para 10% de significância), mas verifica-se que a frequência dos médicos que referem sentir-se preparados é superior ao esperado nas regiões do Norte e Lisboa/Vale do Tejo (resíduos ajustados = 1,7), contrariamente às regiões do Centro, Alentejo e Ilhas, e Algarve. Contudo o valor dos resíduos ajustados padronizados não é significativo por não ultrapassar 1,98, embora seja negativo nestas últimas regiões, onde a percepção de preparação para CP é negativa.

No que diz respeito ao **tipo de prática profissional**, exatamente como para a variável Formação Anterior em CP, a percepção de ***Preparação em CP tem uma relação significativa com a prática isolada*** ($\chi^2 = 8,796$; $gl = 2$; $p = 0,012$). Os médicos que trabalham em meio isolado e que percecionam estarem preparados para prestar CP ($n = 13$) são em maior proporção do que o esperado (frequência esperada = 7), com resíduos ajustados = 3,0, contrariamente aos restantes que têm uma prática de grupo.

De igual forma, a percepção de ***Preparação em CP*** tem uma relação de elevado significado estatístico com a ***dimensão da lista de utentes*** ($\chi^2 = 14,219$; $gl = 3$; $p = 0,003$), sendo em maior proporção ($n = 15$) do que o esperado (frequência esperada = 8,8) os médicos que trabalham com listas de dimensão < 1500 utentes e que percecionam estarem preparados para prestar CP (resíduos ajustados = 2,5), contrariamente aos restantes com listas mais volumosas.

Analisando a **relação entre a percepção de *Preparação em CP* e o número de visitas domiciliárias realizadas por mês** ($\chi^2 = 13,222$; $gl = 3$; $p = 0,004$), é maior a proporção de médicos que se situam na categoria ≥ 10 visitas/mês, ou seja 10 (frequência esperada=4,2), e que referem sentir-se mais preparados (resíduos ajustados = 3,6). Do mesmo modo, existe uma associação de elevado significado estatístico com a variável *Experiência em CP* ($\chi^2 = 58,514$; $gl = 1$; $p = 0,000$).

Tabela 9 – Análise de Associação entre a Variável Preparação para Prestar Cuidados Paliativos e as Restantes Variáveis em Estudo

CARACTERÍSTICAS			Sim	Não	Total	χ^2	gl	P
Preparação para prestar CP	Género	Masculino	13	28	41	0,272	1	0,602
		Feminino	52	92	144			
Preparação para prestar CP	Grupo etário	< 30	5	24	29	6,540	4	0,162
		30 - 39	35	61	96			
		40 - 49	11	17	28			
		50 - 59	8	7	15			
		>= 60	6	11	17			
	Região do país	Norte	17	19	36	9,557	4	0,049
		Centro	6	21	27			
		Lisboa e Vale Tejo	24	30	54			
		Alentejo e Ilhas	4	18	22			
		Algarve	14	32	46			
	Anos de experiência em MGF	< 10	39	86	125	2,633	2	0,268
		10 - 30	18	24	42			
		> 30	8	10	18			
	Categoria Profissional	Interno	13	40	53	6,873	3	0,076
		Assistente	35	57	92			
		Assistente Graduado	16	17	33			
		Assistente Grad Sênior	1	6	7			
	Local de prática	Urbano	48	87	135	0,039	1	0,844
		Rural	17	33	50			
	Tipo de prática	Isolada	13	7	20	8,796	2	0,012
		Prática de grupo (< 6 MF)	31	66	97			
		Prática de grupo (> 6 MF)	21	47	68			
	Dimensão da lista	< 1500	15	10	25	14,129	3	0,003
		> 1500 <= 2000	45	106	151			
		> 2000	5	3	8			
	Nº consultas diárias	<= 10	12	16	28	1,521	3	0,677
		11 - 15	25	56	81			
		16 - 20	21	37	58			
		>= 21	7	11	18			
	Nº de domicílios/ mês	<= 2	17	39	56	12,222	3	0,004
		3 - 5	29	62	91			
		6 - 9	9	17	26			
		>= 10	10	2	12			
	Experiência em CP	Sim	54	29	83	58,514	1	0,000
		Não	11	90	101			
	Formação em CP	Formação Pré-graduada	3	5	8	44,097	3	0,000
		Formação no Internato	10	13	43			
		Pós-graduações	47	9	58			
		Mestrado						
		Outra	4	14	18			

Nota: χ^2 = valor do teste (Qui Quadrado); gl = graus de liberdade; p = valor de significância.

A proporção de médicos que referem ter *experiência anterior em CP* ($n = 54$) e que percebem estarem **preparados para prestar CP** é maior do que o esperado (frequência esperada = 29,3; resíduos ajustados = 7,6); contrariamente aos que consideram não ter

experiência anterior em CP ($n = 90$; frequência esperada = 65,3) e que referem não se sentirem preparados para tal atividade (resíduos ajustados = 7,6).

Por último, existe ainda uma relação de elevado significado estatístico entre a **Preparação para prestar CP e os médicos da categoria Formação Avançada em CP** ($\chi^2 = 44,097$; $gl = 3$; $p = 0,000$), verificando-se que os 47 médicos (número superior à frequência esperada de 28,7), se sentem preparados para CP (resíduos ajustados = 6,6), contrariamente aos médicos com formação durante o Internato ($n = 10$; frequência esperada = 22; resíduos ajustados = -4,5), em que existe uma relação de dependência negativa (Figura 7).

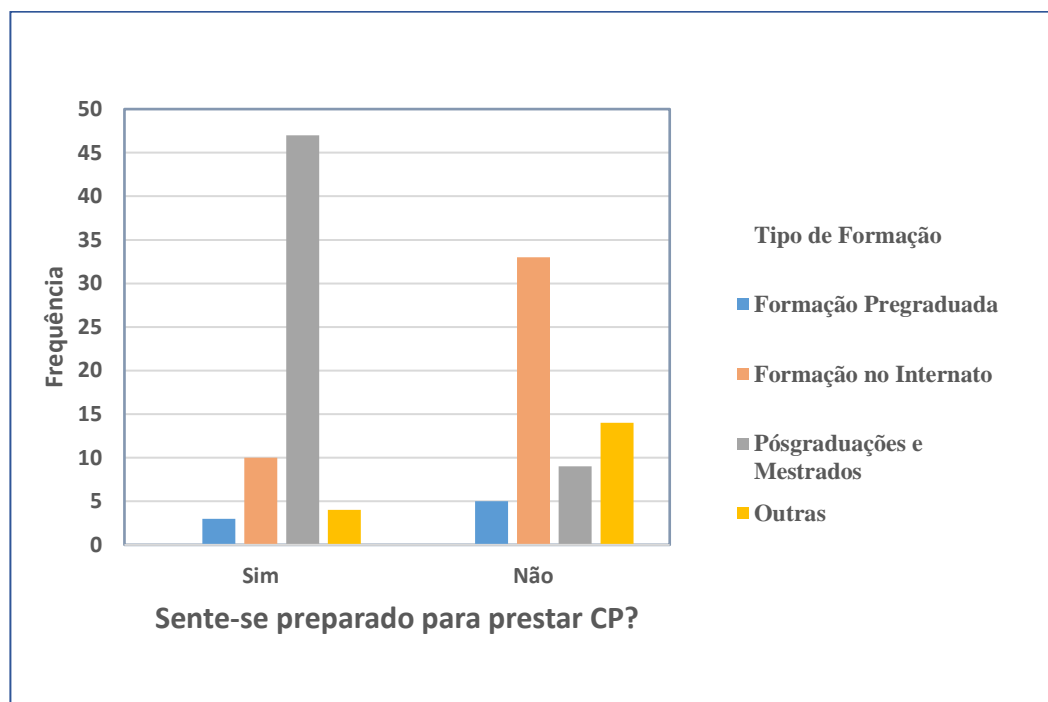


Figura 6 - Comparação de médias entre a Variável Preparação para Cuidados Paliativos e Tipo de Formação Anterior

Em síntese, neste grupo de médicos, a perceção de preparação para CP é baixa na sua generalidade, verificando-se uma relação de dependência com fatores relacionados com a prática clínica em MGF e a formação anterior destes médicos.

4.4 - Opinião sobre o papel da MGF em Cuidados Paliativos Primários

Em resposta à questão que colocámos acerca da *percepção dos participantes sobre o papel do MF na prestação de CP* aos utentes das suas listas, verificamos que **a maioria dos participantes “concorda totalmente” com um papel mais relevante do MF na prestação de CP aos seus utentes**, ou seja 77 (49%) médicos, sendo que 10% “discorda um pouco”, e não existindo nenhum participante a discordar totalmente (Figura 8).

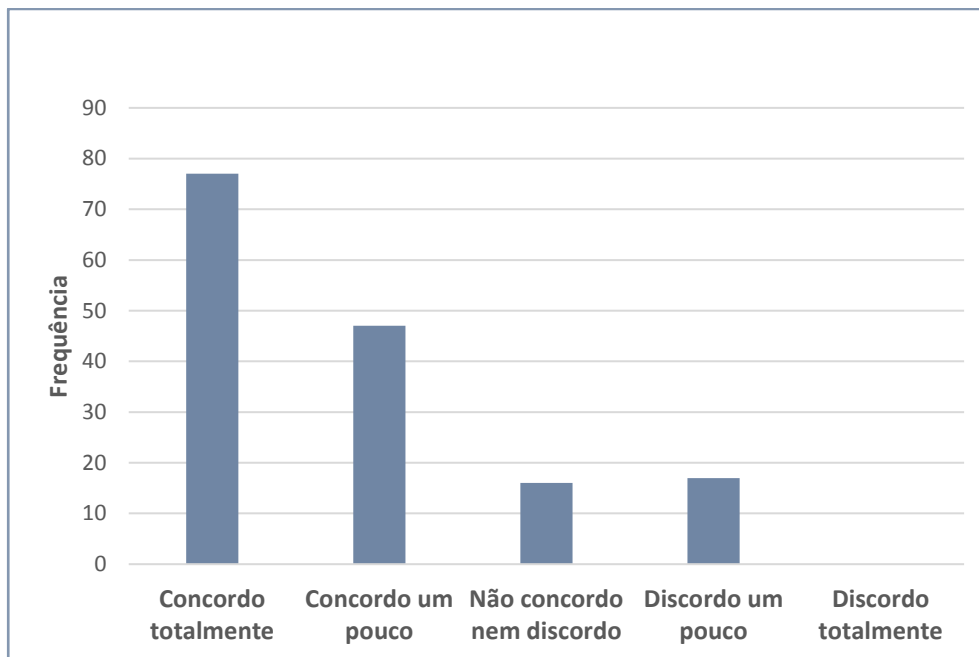


Figura 7 – Distribuição de Frequências da Variável Opinião sobre o papel do Médico de Família na Prestação de Cuidados Paliativos

Na análise preliminar entre esta variável e todas as outras variáveis analisadas atrás, usando o teste do Qui Quadrado, verifica-se não ser possível apresentar os resultados por se observar uma percentagem de células com contagem esperada inferior a cinco, que se situava entre 16,7% e 45%, pelo que se optou por não apresentar esses resultados. Contudo, na relação com as variáveis Experiência anterior em CP e percepção de Preparação para CP, existindo 0,0% de células nessas circunstâncias apresentamos os seus resultados (Tabela 10), constando-se uma relação de dependência com significado estatístico, na medida em que são os médicos com experiência em CP que mais discordam (ou discordam um pouco) nessa opinião (resíduos ajustados= - 2,6), e são os médicos que se sentem mais preparados para prestar CP que têm uma opinião mais favorável concordando totalmente com a prestação de CP aos seus doentes (resíduos ajustados = +3,6).

Tabela 10- Análise de Associação entre a Variável Opinião sobre o Papel da MGF em CP e as variáveis em estudo

CARACTERÍSTICAS			Concordo totalmente	Concordo um pouco	Não concordo nem discordo	Discordo um pouco	Total	χ^2	gl	P
Opinião sobre o papel da MGF em CP	Experiência em CP	Sim	46	22	12	5	85	8,240	3	0,041
		Não	39	30	11	18	98			
	Preparação para CP	Sim	44	18	7	4	73	16,354	3	0,001
		Não	40	36	15	19	110			

Nota: χ^2 = valor do teste (Qui Quadrado); gl = graus de liberdade; p = valor de significância.

Em síntese e contrariamente ao esperado, os médicos desta amostra têm na sua maioria uma opinião positiva relativamente ao seu papel e à necessidade dos MF se responsabilizarem pelos utentes das suas listas com necessidades paliativas.

4.5 - Motivação Profissional para a prestação de Cuidados Paliativos

Para o grupo em estudo ($n = 185$), analisámos a distribuição de frequências somando o total dos três itens que compõem a variável *Projeto Profissional* verificando-se um valor médio =4,44 ($DP=1,71$), $Me=5$, $Mo=6$, e variância =2,93, numa distribuição assimétrica negativa (assimetria = - 0,838), entre o mínimo = 0 e o máximo = 6 (Figura 9).

Comparando estes resultados com estudos realizados em motivação na especialidade de MGF (Gaspar, Jesus, & Cruz, 2010) utilizando a mesma dimensão *Projeto profissional* ($n=109$; $M=5,16$; $DP=1,42$), verifica-se que, apesar de na sua maioria se revelarem motivados para CP, os valores encontrados na presente amostra de médicos ($n = 185$; $M=4,44$; $DP=1,71$), são inferiores aos dos estudos realizados anteriormente usando a mesma dimensão.

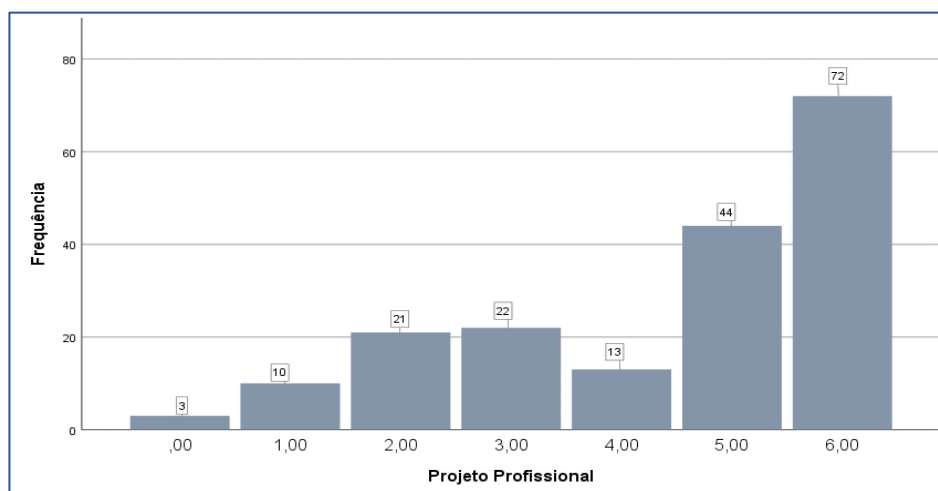


Figura 8 - Distribuição de Frequências da Variável Projeto Profissional para prestar Cuidados Paliativos

Categorizando a dimensão Motivação Profissional (em três categorias), 62,7% ($n=116$) dos médicos no grupo em estudo têm níveis mais elevados na variável *Projeto Profissional*, ou seja, categoria ≥ 5 , e apenas 18,4% ($n=34$) estão situados na categoria ≤ 2 .

Tabela 11 – Análise de Comparação de Médias entre a Variável Projeto Profissional e as Restantes Variáveis em Estudo

VARIÁVEIS		<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>Dif. M</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Género	Masculino	41	3,93 (1,82)	-0,66	-2,212	183	0,028
	Feminino	144	4,59 (1,66)				
Local de prática	Urbano	135	4,50 (1,73)	0,22	0,788	183	0,432
	Rural	50	4,28 (1,68)				
Preparação para prestar CP	Sim	65	5,32 (1,16)	1,36	6,254	183	0,000
	Não	120	3,97 (1,78)				
Formação anterior em CP	Sim	120	4,84 (1,51)	1,13	4,265	183	0,000
	Não	65	3,71 (1,84)				
Experiência em CP	Sim	83	5,15 (1,34)	1,23	5,431	182	0,000
	Não	101	3,91 (1,75)				

Nota: *M* = média; *DP* = Desvio-padrão; *Dif. M* = Diferença entre as médias; *t* = valor do teste (Teste T); *gl* = graus de liberdade; *p* = valor de significância.

Na análise de comparação de médias (Tabela 11), podemos constatar que existem diferenças nos níveis de motivação para a prestação de CP consoante o *género*, sendo o **género feminino a revelar-se mais motivado** ($t = -2,212$; $gl = 183$; $p = 0,028$).

Do mesmo modo, **os médicos que referem ter *Experiência anterior em CP*** a utentes da sua lista ($n = 63$) são os que se mostram **mais motivados para prestar CP** ($t = 5,431$; $gl = 183$; $p = 0,000$) relativamente aos que não têm experiência ($n = 120$).

No que diz respeito à sua perceção sobre a sua ***Preparação em CP*** existem igualmente **diferenças bastante significativas do ponto de vista estatístico** ($t = 6,254$; $gl = 183$; $p = 0,000$). Os médicos que percecionam estarem preparados para prestar CP ($n = 65$) são os que revelam médias mais elevadas na variável *Projeto Profissional* ($M = 5,32$; $DP = 1,16$), estando por isso mais motivados (Tabela 11). Contrariamente, os médicos que não se sentem preparados para prestar CP ($n = 120$), apresentam valores médios mais baixos.

Tendo em conta a sua *Formação anterior em CP* ($n = 120$), em número total exatamente contrário à distribuição de frequências verificada para a variável *Preparação em CP*, observa-se uma diferença de médias com elevado significado estatístico ($t = 4,265$; $gl = 183$;

$p=0,000$). Os médicos com formação em CP são os que estão mais motivados para esta área de atuação ($M=4,84$; $DP=1,51$) contrariamente aos que não têm formação (Figura 10).

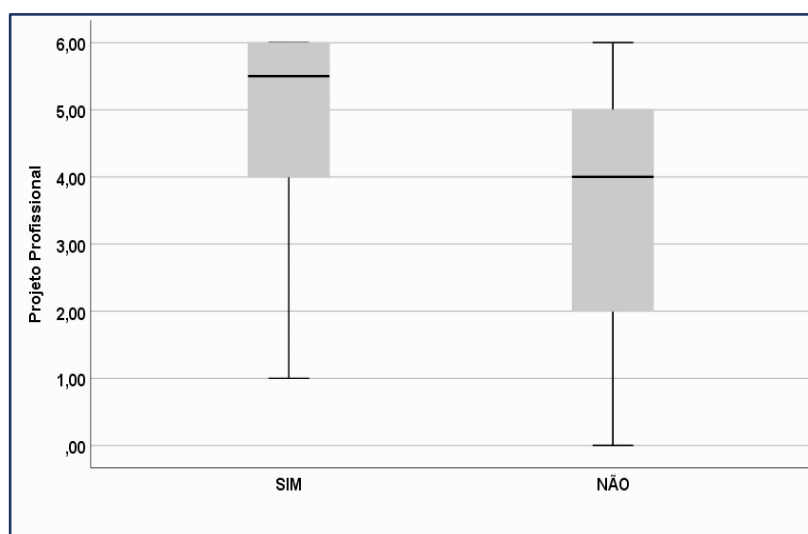


Figura 9 - Gráfico de Comparação de Médias da Variável Projeto Profissional em Relação à Formação Anterior em CP

A análise de variância para comparação de médias (Tabela 12), entre o *Projeto Profissional* e todas as variáveis em estudo (com mais de duas categorias), permitiu verificar que existem diferenças estatisticamente significativas para as variáveis *Situação profissional*, *Opinião sobre o papel do MF na prestação de CP* aos seus doentes e a variável que reflete o tipo de *Formação em CP*.

Tabela 12 – Comparação de Médias entre a Variável Projeto Profissional e as Restantes Variáveis em estudo

VARIÁVEIS	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Idade em grupos etários	0,444	4	0,777
Região do país	0,967	4	0,427
Anos de experiência em MGF	0,771	2	0,464
Situação profissional	3,296	3	0,022
Tipo de prática profissional	1,360	2	0,259
Número de utentes em lista	1,720	3	0,165
Número de consultas diárias	1,547	4	0,190
Número de visitas domiciliárias por mês	3,042	3	0,068
Opinião sobre o papel do MF na prestação de CP	27,810	3	0,000
Formação em CP (Categorias)	6,804	3	0,000

Nota: *F* = valor do teste (One Way ANOVA); *Df* = graus de liberdade; *p* = valor de significância.

Comparando as médias da variável **Projeto profissional em relação à situação profissional** dos médicos analisados existem diferenças entre as médias ($F = 27,810$; $gl = 3$; $p = 0,000$), mas depois na análise de comparações múltiplas, não existem diferenças entre os grupos com significado estatístico (mesmo utilizando outros testes *post hoc*), para um nível de significância de 5%

A motivação profissional em ter termos do **Projeto Profissional revela diferenças** do ponto de vista estatístico (Figura 11), no que diz respeito à **Opinião sobre o papel da MGF na prestação de CP aos seus utentes** ($F = 27,810$; $gl = 3$; $p = 0,000$), entre os grupos de médicos que respondem “Concordo totalmente” ($M = 5,376$; $DP = 1,07$) e os médicos que respondem “Concordo um pouco” ($M = 4,446$; $DP = 1,48$), mas não entre os médicos do grupo que “discorda um pouco” e os médicos que responderam “não concordo nem discordo” ($Dif M = -0,783$; $p = 0,437$).

A motivação profissional em ter termos do **Projeto Profissional difere ainda entre os grupos de médicos, de acordo com o tipo de Formação anterior em CP** ($F = 6,804$; $gl = 3$; $p = 0,000$), depois de agrupados em quatro categorias: formação pré-graduada, formação no internato, formação avançada, e outras (Figura 12).

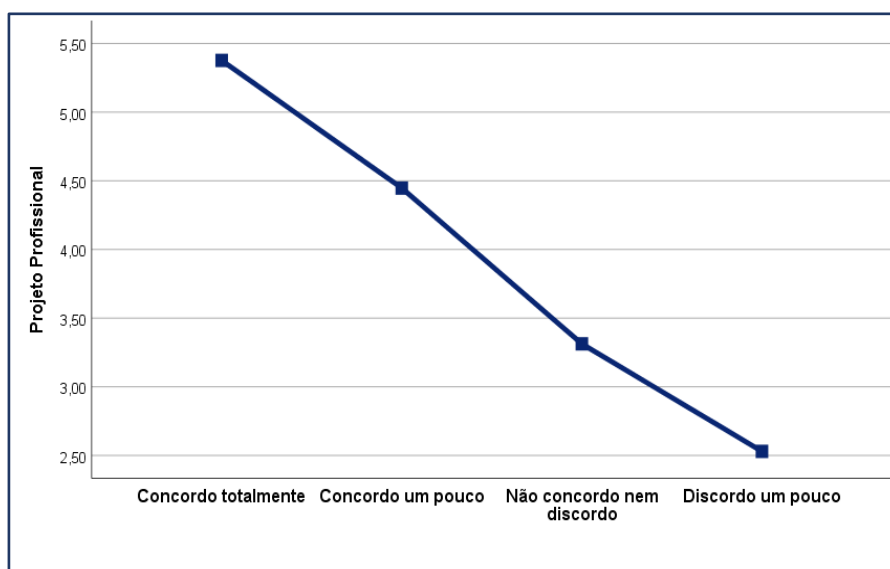


Figura 10 - Gráfico de Comparação de Médias da Variável Projeto Profissional em relação à Opinião sobre o papel dos MF na Prestação de Cuidados Paliativos

Fazendo à posteriori a análise de comparações de médias entre pares (Figura 12), a mesma revela que existe uma diferença de elevado significado estatístico ($Dif M = 1,264$; $gl = 3$; $p =$

000) entre os médicos do grupo que fez Formação no Internato ($M = 4,093$; $DP = 1,74$) e os médicos que referem terem feito Formação Avançada, em que estes últimos estão significativamente mais motivados para CP ($M = 5,357$; $DP = 1,15$).

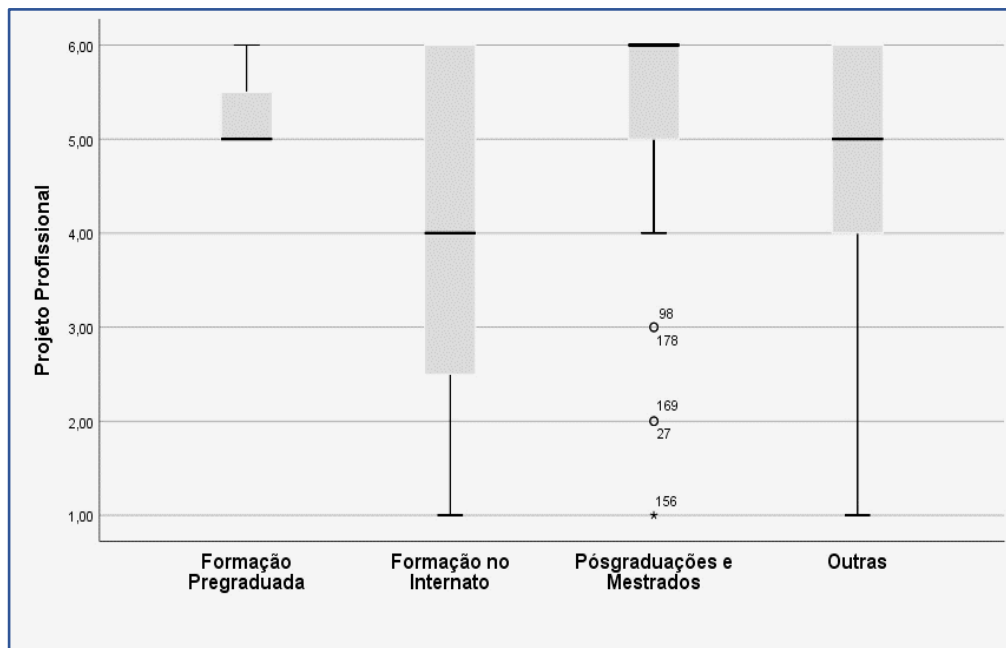


Figura 11 - Gráfico de Comparação de Médias da Variável Projeto Profissional em Relação ao Tipo de Formação Anterior em Cuidados Paliativos

Nesta análise, identificam-se quatro valores discrepantes (*outliers*) moderados e um severo (que não correspondem a erros de inserção de dados), e cujo tratamento permitiu verificar que os mesmos não reduzem o poder de análise dos resultados.

Em síntese, a motivação profissional para prestar CP no âmbito de atuação do MF está relacionada com o género, com a experiência anterior em CP, com a perceção de capacitação em CP (em termos de formação anterior e perceção de preparação para prestar CP aos seus utentes), assim como com a opinião positiva dos mesmos acerca do papel da MGF em CP.

Parte III

5. Discussão

A finalidade da presente investigação era conhecer a experiência dos médicos de MGF, no que diz respeito à prática de CP em termos de experiência anterior, perceção sobre a sua capacitação e opinião sobre o seu papel em CP, no sentido de perceber qual a relação com a sua motivação para esta atividade profissional, tema central à mesma.

Pensando terem sido atingidos os objetivos, a discussão acerca dos resultados, atendendo à inexistência de estudos semelhantes em Portugal, far-se-á fundamentalmente com base nas previsões iniciais, e nas expectativas enquanto investigadora e profissional dos CSP, com experiência em MGF, comparando com resultados de estudos realizados em outros países, à partida culturalmente diferentes daquele onde decorre este trabalho.

A informação relativa à taxa de resposta neste estudo, em que a amostra é de natureza não probabilística, não nos permite identificar estes dados, atendendo a que não tivemos acesso ao total de médicos aos quais foi distribuído o questionário, desconhecendo-se neste momento qual foi a extensão da divulgação do estudo.

A análise apresentada permitiu antes de mais traçar um perfil dos médicos que constituem a amostra estudada, maioritariamente constituída por médicos relativamente mais jovens do que o esperado (51,9% no grupo etário 30-39 anos), quase todos portugueses (92,4%), com cerca de 78% do género feminino, distribuídos pelas várias regiões do país, com um discreto predomínio de prestadores da região de Lisboa e Vale do Tejo, assim como do Algarve (Tabela 3). O número de médicos estrangeiros que responderam ao questionário foi bastante inferior ao esperado, atendendo aos 24,1% de médicos estrangeiros especialistas de MGF num total de 1585 profissionais de saúde de nacionalidade estrangeira em Portugal (Ministério da Saúde, ACSS, 2011-2016). Apesar de este valor ter vindo a diminuir de forma considerável desde 2004, esperávamos maior participação de MF de nacionalidade estrangeira, e que tendo eventualmente feito o ensino pré-graduado em outro país europeu, pudessem contribuir para a discussão do presente estudo.

Realçamos desta amostra o elevado número de respondentes do género feminino, o que está de acordo com a distribuição da população de médicos comum em MGF, e à taxa de feminização em medicina de 59,1% em Portugal (Ministério da Saúde, ACSS, 2018).

Realçamos ainda a maior participação dos médicos mais jovens neste estudo, assim como a menor taxa de participação da região do Alentejo, e a muito baixa participação dos MF das Ilhas da Madeira e Açores.

Esperando que estes médicos tivessem uma distribuição etária mais abrangente dada a média etária mais elevada dos MF em Portugal rodando os 50 anos (Ministério da Saúde, ACSS, 2018), percebemos que este aspeto poderá ser explicável por razões várias. A colheita de dados via *online* poderá ter condicionado a resposta dos médicos com mais idade, e igualmente com menor apetência para responder a inquéritos, sobretudo por via eletrónica. Para além disso, a distribuição dos questionários em determinadas plataformas eletrónicas (redes sociais online, de partilha habitual entre os jovens) poderá ter facilitado a adesão dos médicos mais jovens, mais habituados a esta dinâmica. Por outro lado, pensamos que os médicos mais jovens e recém-especialistas ou especialistas há menos tempo (ou seja, médicos internos ou Assistentes de MGF) possam estar mais sensibilizados para esta problemática, não apenas por terem tido mais formação nesta área durante o seu internato, mas também por terem tido formação há menos tempo que os médicos com mais anos de exercício profissional e consequentemente mais idade. Para além deste viés de seleção, a formação em CP no internato de MGF, institucionalizada nos planos curriculares nos últimos anos, poderá ter influenciado a atitude profissional dos médicos nesta área e a disponibilidade para responder ao inquérito. A formação pré-graduada, quase inexpressiva neste estudo, não era considerada na maioria das escolas médicas em Portugal até há cerca de três anos, explicando que os médicos de MGF na sua generalidade, sobretudo nos grupos etários com mais idade, possam estar a trabalhar sem qualquer formação anterior em CP, e desta forma, menos sensibilizados para esta temática, e como tal, menos motivados para responder ao questionário.

Quanto à baixa participação nas regiões do Alentejo e Ilhas, ela poderá resultar ou não, da forma como foi concretizada a distribuição do questionário, acreditando-se que tenha estado igualmente em causa a forma como o questionário foi distribuído, eventualmente atingindo de modo irregular os MF nestas regiões.

No que diz respeito à sua caracterização profissional, a amostra é constituída por médicos na sua maior parte com poucos anos de experiência e com a categoria de Assistente de MGF, em que 41,6% têm menos de 5 anos a trabalhar em MGF e 28,6% são médicos ainda no internato de MGF, aspetos estes que estão de acordo com a caracterização demográfica dos participantes (Tabela 4). Na sua maioria, os médicos desta amostra exercem a sua atividade

de MGF em meio urbano, mais de 50% num tipo de prática de grupo (< 6MF) muito provavelmente integrados em Unidades de Saúde Familiares, com uma lista de utentes com uma dimensão média de 1500 a 2000 utentes, realizando 11 a 15 consultas em média por cada período de cinco a seis horas de trabalho, e apenas três a cinco domicílios em média por mês (Tabela 4).

Na verdade, a grande maioria dos médicos (82,2%) refere ter mais de 1500 utentes em listas, e fazer entre 11 e 15 consultas por cada período de 5 - 6h de trabalho (43,8%), ou entre 16 - 20 consultas por cada período de trabalho (31,4%), em que cerca de 80% (79,5%) dos inquiridos fazem menos de cinco *visitas domiciliárias por mês*.

Apesar de se tratarem de médicos maioritariamente mais jovens e com menos anos de experiência profissional, este perfil de prática clínica corresponde à realidade conhecida em MGF, em que a maioria dos médicos trabalha em zonas urbanas, em geral organizados em pequenas Unidades de Saúde Familiares nos Centros de Saúde onde se encontram colocados, em que se reivindica há muitos anos a redução do excessivo número de utentes em lista, com uma carga de trabalho considerável, realizando consultas de 15 em 15 minutos, e um número reduzido de visitas domiciliárias. Efetivamente, a não ser pela percentagem relativamente elevada de médicos internos de MGF, este perfil profissional descrito atrás parece-nos corresponder igualmente ao esperado no início desta investigação, pela realidade que conhecemos de um meio profissional do qual temos experiência. Destaca-se o número reduzido de visitas domiciliárias em função das necessidades previsíveis nas vastas listas de utentes por cada médico, o que nos parece corresponder igualmente à realidade da MGF quer em Portugal quer em outros países.

Neste estudo, na relação entre variáveis (Tabela 6, 8, 9, e 11), verificamos que a realização de visitas domiciliárias não está associada à experiência anterior em CP ($p = 0,099$), nem à formação anterior em CP ($p = 0,810$), nem com a Motivação profissional dos médicos ($p = 0,068$). Na relação de associação com a variável opinião sobre o papel da MGF são os médicos que fazem mais domicílios (≥ 10) que se manifestam concordar totalmente, embora não se possa tirar conclusões desta análise porque existem várias células (43,8%) com contagem inferior a cinco. Contudo, o número de visitas domiciliárias que os médicos referem fazer depende sobretudo da perceção que os médicos têm da sua preparação para o desempenho desta atividade profissional ($p = 0,000$).

Para alguns autores, existe uma correlação entre a realização de visitas domiciliárias e a promoção de CP em meio comunitário (Aguilar, 2012), pelo que a promoção deste tipo de atividade poderá contribuir para o desenvolvimento dos CP primários.

Na verdade, de acordo com estudos realizados por outros investigadores na Holanda (De Korte-Verhoef, et al 2015), na perspetiva dos MF, enfermeiros e cuidadores, a hospitalização dos doentes em fim de vida pode ser evitada através da integração de algumas atitudes, entre as quais a capacidade de providenciar cuidados em domicílio, apoiando e conduzindo o doente e a família de forma holística ao longo da trajetória da sua doença, promovendo cuidados antecipatórios e intervindo nas intercorrências expetáveis, garantindo deste modo a continuidade de cuidados. O MF deve estar mais disponível para apoiar os seus doentes em fim de vida, e no seu domicílio.

Num estudo realizado em 2015 no Reino Unido (Beermaert et al, 2015), de acordo com a visão dos pacientes, e dos próprios MF, as tarefas que podem ser atribuídas ao MF no seu papel em CP, para além do diagnóstico e gestão dos sintomas/efeitos adversos do tratamento, deverão ser sobretudo garantir a acessibilidade e disponibilidade para as situações de intercorrências (fora de horas, em visitas domiciliárias e/ou envio à urgência), a capacidade de comunicar, a capacidade de trabalhar em equipa, a atitude de colaboração (partilhando informação, e articular com outros níveis de cuidados) que são competências que fazem parte do perfil de atuação do MF, e para as quais recebe formação académica.

E quando falamos nas preferências dos doentes em relação ao seu local de morte, na verdade, a maioria dos doentes oncológicos (65%) desejam morrer na sua casa, mas só 30% o conseguem (Higginson, & Sen-Gupta, 2000). Em fase terminal, 74% dos pacientes e suas famílias em fase avançada da doença são relutantes em enviar o paciente para um hospital, e querem ter o paciente em casa com familiares e amigos, tendo o apoio do seu MF para o controlo sintomático e/ou de outras dificuldades (Ramanayake, Dilanka, & Premasiri, 2016). Para tornar isto possível, os doentes deveriam ter acesso a MF (com conhecimento e aptidões em CP assim como disponibilidade para trabalhar fora de horas) e uma equipa especializada de CP para suporte e apoio ao MF, para gestão de situações de maior complexidade (Mitchell, 2002; Yuen, Behrndt, Jacklyn, & Mitchell, 2003).

Os constrangimentos relacionados com o tempo para atendimento aos doentes, para um MF já sobrecarregado com uma volumosa lista de utentes, entre outras atividades programadas, dificultam o seu desempenho sobretudo se não existir um horário e atividades programadas

para a realização deste trabalho em domicílio. As questões organizacionais são importantes, sobretudo no que diz respeito à organização da continuidade de cuidados, à partilha de informação, à transferência do conhecimento dos doentes vindos dos cuidados hospitalares e garantia de resolução dos problemas no domicílio pelos MF. Mesmo que na opinião dos familiares dos doentes, os MF possam oferecer mais conforto e tranquilidade, para além de um sentido de maior controlo da situação (Seamark, 2014).

Mas os problemas remuneratórios são centrais à integração e envolvimento dos médicos em cuidados domiciliários (Thoonsen, et al, 2011; Shadd, 2013), pela perceção que os MF têm de que este trabalho, ao não ser devidamente remunerado, não é devidamente valorizado, não sendo assim atribuída a importância do papel do MF em CP, o que poderá constituir um desincentivo (CFPC, 2000; Schneider, Mitchell, & Murray, 2010; Thoonsen, et al, 2011).

Num estudo realizado na Irlanda, 25% dos MF apontavam problemas na prestação de cuidados domiciliários, sobretudo pela ausência de apoio quando necessário. Embora a sua satisfação no geral fosse elevada, a maioria dos MF reportava a necessidade de melhor preparação (Walsh & Regan, 2001).

Por outro lado, os cuidados domiciliários estão em sintonia com os princípios da MGF. A casa do doente pode ser considerada o local mais “natural” para a abordagem de um doente em MGF, podendo ser vista como a extensão moderna de um médico generalista tradicional (Landers, 2006). Para McWhinney (1997), um autor de referência em MGF, o afastamento dos médicos desta atividade pode significar o abandono moral dos doentes e o abdicar das suas responsabilidades, pondo em causa as aptidões e a confiança necessária para tratar estes doentes, porque “a casa é onde os valores familiares se expressam...que é especialmente forte em cuidados em fim de vida”.

Apesar desta visão da medicina compreensiva e da continuidade de cuidados que tornam esta atividade enquadrável nos princípios e na filosofia da MGF, existem constrangimentos que podem ser identificados como desafios ou mesmo barreiras ao envolvimento dos MF em cuidados domiciliários. Para alguns médicos existem aspetos na atividade a desenvolver em contexto de visitas domiciliárias que podem tornar-se difíceis e desconfortáveis (Mitchell, 2002). Mas a satisfação profissional e o sentido de missão podem ser relevantes sobretudo quando esse trabalho é comparado com o volume de trabalho do MF em gabinete médico, a maioria das vezes constatando que os doentes que mais precisam são aqueles que não se conseguem deslocar (Landers, 2006).

Apesar de nos últimos tempos, se ter verificado um maior investimento, com orientações no que diz respeito a incentivos à realização de visitas domiciliárias, pensamos que estes números refletem uma realidade da prática em MGF que apesar de multifatorial é fundamentalmente cultural, e em grande parte dependente do tipo de ensino médico que se desenrola na maioria das universidades, de cariz fundamentalmente hospitalocêntrico, e em que os CP têm sido esquecidos. Por outro lado, no ensino pós-graduado sobretudo nas instituições responsáveis pelos internatos médicos em Portugal, o ensino em CP requer, todavia, uma abordagem diferente.

Tentámos caracterizar a experiência destes médicos em termos de CP aos utentes das suas listas – se têm experiência, com que frequência é que prestam habitualmente CP aos utentes das suas listas e qual foi a sua atividade em CP no último ano, no que diz respeito a cuidados em fim de vida (Tabela 5).

Os resultados revelaram que, neste grupo de participantes, apenas 45% dos médicos afirma ter experiência em CP, em que a mesma se traduz por cuidados ocasionais (atendendo entre um a cinco doentes em fim de vida por ano). A maioria dos médicos estudados, ou seja, mais de 50% dos médicos refere não ter experiência em CP, o que está de acordo com as nossas previsões iniciais. Apenas 45% dos participantes afirma ter essa experiência, facto que é mais expressivo na ARS de Lisboa e Vale do Tejo (Figura 2), o que pode ser percebido como resultado da influência da proximidade ao meio académico da região de Lisboa, com várias instituições a oferecer formação avançada em CP, assim como de um plano curricular do Internato de MGF especificamente nessa região, que poderá ser diferente do de outras regiões, atendendo a que os mesmos diferem de região para região em termos de cursos curriculares. Contrariamente, na região do Algarve verifica-se uma resposta inferior ao esperado, podendo colocar-se em causa se a distância dos grandes centros e a dificuldade de acesso a programas de formação pós-graduada ou outros (da responsabilidade de cada médico, individualmente) possa ter contribuído para esta diferença encontrada, eventualmente influenciando o desenvolvimento profissional nesta área.

Por outro lado, para os médicos com experiência, essa experiência traduz-se por cuidados ocasionais, para a maioria dos participantes, ou seja 61,1% dos participantes, em que 120 médicos (65,4%) atenderam entre um a cinco doentes em fim de vida no último ano, e 6,5% refere nunca prestar CP aos seus utentes (Figura 3). Pensamos que estes dados vão de encontro às nossas expectativas, do que conhecemos do meio profissional em causa, e do que é documentado em outros países, onde é sugerida uma baixa disposição dos médicos de

MGF para a prática de CP (Rhee, et al, 2008). Contudo, torna-se difícil entender o comportamento de uma percentagem relativamente elevada de médicos que não se responsabiliza por dar resposta às necessidades paliativas dos seus doentes. Mais uma vez pensamos que estes dados traduzem uma culturalidade existente nos sistemas de ensino e saúde em Portugal, em que a influência do ensino de temáticas como os CP na atitude profissional dos médicos tem ficado aquém do desejável.

Quando observamos o padrão de atuação no que diz respeito à doença crónica, atendendo às elevadas taxas de prevalência de algumas destas doenças em CSP (Fortin, Stewart, Poitras, Almirall, & Maddocks, 2012), verificamos um padrão de atuação diferente do esperado, quer para a doença crónica oncológica, quer não oncológica (Figuras 4 e 5). Efetivamente, verifica-se um comportamento discretamente divergente entre as duas naturezas da doença crónica, no que diz respeito à frequência com que os médicos referem prestar CP aos seus doentes. No que diz respeito à doença oncológica, dado o aumento de incidência destas patologias, e o aumento da sobrevida dos doentes com cancro nos últimos anos (vivendo mais tempo), ao olharmos para este padrão de resposta dos médicos inquiridos, pensamos que o MF se situa num espaço exterior ao núcleo de cuidados a estes doentes, colocando-se na maioria das vezes numa posição de “sinalização” e referenciação a CP mais especializados, o que determina o tipo de padrão identificado. Já no que diz respeito à Demência começa a ser mais elevada a sua incidência, com poucas ou nenhuma vantagens ou resultados, das terapêuticas disponíveis, deixando o MF mais “desperto” para a necessidade de se envolver em ações paliativas, o que poderá explicar o padrão de atuação mais próximo do verificado para a doença oncológica. Pelo contrário, é compreensível o comportamento verificado para as doenças degenerativas do SN, por ser menor a sua prevalência em contexto de consultas e atendimentos em MGF, percebendo-se que o padrão de resposta seja diferente dos anteriormente descritos.

E se pensarmos na doença crónica por insuficiência de órgão relativamente às patologias analisadas, sem dúvida que o MF poderia ter um papel mais ativo na prestação de CP a estes doentes, atendendo às elevadas taxas de prevalência de algumas destas doenças nas listas de utentes em MGF. Este padrão de atuação traduz-se por uma curva assimétrica à direita, em que a maioria dos médicos responde referindo que nunca atende ou raramente atende doentes com insuficiência de órgãos em contexto de necessidades paliativas, o que nos causa alguma perplexidade. Perante estes resultados, é possível que a maioria dos médicos analisados esteja, apesar de tudo, um pouco mais centrada nos CP oncológicos, e pouco atenta às

necessidades paliativas na doença crónica não oncológica, o que nos parece corresponder à realidade da prática em MGF.

Quanto à capacitação em CP dos médicos em análise, tentámos investigar a existência de formação anterior em CP, ou seja, se os médicos têm algum tipo de formação em CP (Tabela 7), desde o ensino pré-graduado até à formação através de cursos pós-graduados e mestrados. Por outro lado, pensando que nem sempre essa formação possa ter resultado em melhor preparação, tentámos saber qual a perceção dos médicos sobre a sua preparação para prestar CP, ou seja, se se sentiriam preparados para esta atividade profissional.

Neste aspeto, concluímos que a maioria destes médicos (64,9%) referem terem recebido formação anterior em CP, dos quais 34% tiveram formação durante o seu internato de MGF e cerca de 45% ou seja, quase metade dos médicos tiveram formação avançada em CP (Pós-graduações e Mestrado), para além de outro tipo de cursos, congressos, e reuniões clínicos que eventualmente tenha contribuído para a formação deste grupo de médicos. Contudo, existe ainda uma percentagem relativamente elevada de médicos (35,1%) que não tiveram qualquer formação em CP, o que está de acordo com a nossa perceção inicial ao desenvolver esta investigação.

Pelas relações entre as variáveis estudadas percebe-se que a formação anterior em CP está relacionada com alguns fatores de ordem profissional, no sentido em que são os médicos dos grupos etários mais jovens, com uma situação profissional pertencente à categoria menos elevada na carreira de MGF (Assistente de MGF), e com um tipo de prática mais isolada, que referem terem tido mais formação (Tabela 8). Estes dados estão igualmente de acordo com os resultados encontrados no presente estudo relativamente à experiência anterior em CP.

Mas, por outro lado, a maioria dos médicos deste grupo (65%) não se sente preparada para prestar CP aos seus doentes (Figura 6), um resultado que por um lado não era expectável atendendo à capacitação destes médicos (em que quase 65% têm formação em CP, dos quais quase 50% têm formação avançada), mas por outro lado, era expectável não só em função das respostas a algumas perguntas anteriores do presente questionário, como também pelo que conhecemos da classe profissional em MGF, indo de encontro às nossas previsões iniciais, e estando de acordo com a literatura consultada (Mahtani, et al, 2015).

Para além de ser uma área de atuação identificada como difícil e complexa, existem constrangimentos de natureza organizacional (tempo, trabalho em equipa, questões

remuneratórias, etc) que dificultam o maior investimento dos MF em CP, conforme resultados de outros estudos (Rhee, et al, 2008; Aldridge, et al, 2016).

Em síntese, neste grupo de médicos, para além da perceção de preparação para CP ser baixa, os médicos que percecionam estarem mais preparados para prestar CP são os médicos que têm uma prática clínica em MGF mais isolada, com uma lista de utentes inferior a 1000 utentes, que realizam visitas domiciliárias (pelo menos em número ≥ 10 /mês), e que consideram terem experiência anterior em CP assim como formação avançada em CP (Tabela 9 e Figura 7). Estes médicos parecem corresponder ao grupo de médicos que efetivamente está mais envolvido em CP, e como tal, com maior perceção de preparação para trabalhar nesta área.

O facto de terem uma prática isolada, eventualmente em extensões de saúde ou em meio rural, ou mesmo em Centros de Saúde em que o seu horário seja desfasado da maioria dos outros profissionais, poderá incentivar estes médicos a procurarem atividades formativas, nesta como em outras áreas, que os habilitem a estar mais capacitados e a trabalharem de acordo com as boas práticas, sobretudo em áreas em que se sintam menos preparados. Para estes médicos que se sentem mais bem preparados, mesmo que a trabalhar mais isoladamente, a realização de visitas domiciliárias poderá ser um incentivo para desenvolverem estratégias formativas que os capacitem, e vice-versa, ou seja, a atividade em domicílio poderá motivar o médico para se envolver nesta prática. No que diz respeito às visitas domiciliárias o que sabemos de outras publicações é que o envolvimento em visitas domiciliárias está diretamente correlacionado com a perceção de maior confiança dos MF na prestação de CP.

Esta atitude profissional no sentido de uma procura de oportunidades para uma maior capacitação é compatível com uma responsabilidade individual dos profissionais de saúde no sentido da promoção dos CP, sobretudo em CSP. Atendendo a que a necessidade de recursos em CP irá aumentar nos próximos anos, todas as oportunidades para os médicos se capacitarem devem ser postas em prática para enfrentarem os desafios do futuro (Ramanayake, Dilanka, & Premasiri, 2016).

Quanto à relação verificada com as listas de utentes, neste caso de dimensão inferior ao previsto na legislação em Portugal, percebemos que para prestar CP o tempo ou a falta dele possa ser um fator de influência negativo para o desenvolvimento das atividades previstas em CP (Seamark, 2014), pela sua complexidade, mas também por decorrerem num contexto

de MGF onde existem inúmeras outras solicitações em termos de prestação de cuidados de saúde às populações. Mas este resultado poderá ter sido enviesado pelo número embora reduzido de médicos internos participantes (não se sabendo em que fase do internato se encontram), que podem estar já no último ano de internato, com uma lista reduzida de utentes (< 1000), em que após formação em CP, se sintam mais preparados para esta área de prestação de cuidados.

Na análise de associação, verificamos que o número de médicos que refere ter tido formação anterior em CP ($n = 120$) é precisamente igual ao número de médicos que refere não se sentir preparado para prestar CP ($n = 120$), e vice-versa, ou seja, o número de médicos que refere estar preparado para prestar CP é exatamente igual ao número de médicos que refere nunca ter tido formação em CP. Coincidentemente ou não, perante estes dados e uma relação de associação positiva entre estas duas variáveis (com elevado significado estatístico), somos levados a concluir que esta perceção de falta de preparação poderá ser relacionável com o tipo de formação que está em causa (Tabela 9). Nesta investigação, não foram estudados os motivos implicados nesta perceção de falta de preparação dos médicos inquiridos, mas pensamos poder ser colocada em causa a qualidade da formação que possam ter tido, que também não foi alvo de avaliação neste questionário. Na verdade, os médicos podem ter recebido formação anterior que não correspondeu às suas expectativas, não os preparando para prestar CP com a confiança necessária.

E quando falamos em perceção de melhor preparação relativamente à formação anterior, é lógica a relação com forte significado estatístico entre formação de tipo avançado (Pós-graduações e Mestrado) e a perceção de preparação para CP, pois são os médicos com este tipo de formação os que referem sentir-se mais bem preparados. Por outro lado, esta perceção de preparação difere em relação aos médicos que tiveram formação no internato, em que é maior o número de médicos que não se sente preparado para prestar CP aos seus doentes em lista (Figura 7), contrariamente aos médicos com formação avançada. Desconhecemos em que momento do internato de MGF se encontram os 28,6% de médicos internos que responderam ao questionário, e que formação fizeram no internato até ao momento deste inquérito. Com efeito, os cursos de formação em CP no Internato de MGF poderão ter sido administrados só no último ano de internato (como acontece por exemplo no Algarve) significando que, se grande parte desses médicos estiver numa fase em que ainda não fez o curso, é razoável admitir que ainda não se sintam preparados para prestar CP. Por outro lado, a formação em CP no internato compreende cursos normalmente de

curta duração onde a abordagem dos seus múltiplos temas poderá não ser feita de forma exaustiva e com a aplicabilidade prática eventualmente desejada pelos médicos internos. Também se entende que, só com essa experiência os internos não se sintam preparados para prestar CP. Pelo contrário, em cursos de pós-graduações ou mestrado é suposto existir maior número de horas de contacto com a realidade dos CP, implicando também trabalhos práticos e/ou com aplicabilidade clínica, o que dota os formandos de maior capacidade e confiança para prestar CP. Ou seja, quer seja por um enviesamento dos dados devido à amostra (mais internos dos primeiros anos) quer pela realidade da formação do internato parece-nos que os resultados apresentados no gráfico da Figura 6 se adequam à realidade da formação de CP em MGF.

Por outro lado, neste estudo não foi analisado o tipo de formação que os médicos tiveram nem as necessidades formativas sentidas, ou seja, as áreas que serão sentidas como mais importantes para a prática clínica dos mesmos. As necessidades referidas pelos MF no que diz respeito à sua formação em CP incluem temas como: identificação de doentes com necessidades paliativas, funções, responsabilidades e trabalho em equipa, CP fora de horas, comunicação de más notícias, gestão de sintomas, condições não malignas e CP pediátricos (Selman, et al, 2017), temáticas que não foram contempladas nesta investigação.

Contrariamente ao esperado, e de acordo com a perceção inicial de baixa motivação dos MF para prestarem CP aos seus doentes, assim como dos resultados verificados neste estudo sobre a reduzida experiência dos MF em termos de prestação de CP, os médicos desta amostra têm uma opinião positiva relativamente ao papel da MGF na prestação de CP aos seus doentes, pelo que podemos concluir ser pertinente e plausível que os MF, apesar de não se sentirem preparados, sintam necessidade de se responsabilizarem mais pelos utentes das suas listas com necessidades paliativas e tenham uma opinião geral concordante, em relação à classe profissional de que fazem parte (Figura 8). Contudo, não tendo sido analisadas nesta investigação as razões que levam os médicos a responder de forma tão assertiva a esta questão, consideramos que apesar de tudo, os MF têm consciência da necessidade de se envolverem mais em CP Primários.

Num estudo realizado no Reino Unido, 97% dos MF considera que a MGF desempenha um papel importante na prestação de cuidados a doentes com necessidades paliativas e suas famílias, em que as oportunidades para capacitação/treino e desenvolvimento profissional foram reconhecidas pela maioria dos MF como aspetos importantes para aumentarem os

seus conhecimentos, aptidões e atitudes face à prestação de CP aos seus doentes (Mitchell, Loew, Millington-Sanders, & Dale, 2016).

A motivação como tema central desta investigação foi estudada neste grupo usando uma variável que representa uma dimensão ou constructo psicológico traduzindo a intenção de prestar CP aos doentes das suas listas como fazendo parte do seu projeto profissional enquanto MF, ou seja, agora e ao longo da sua vida profissional. Os resultados encontrados revelam que a maioria dos MF (62,7%) demonstram terem níveis elevados de motivação, contrariamente aos pressupostos desta investigação (Figura 9).

A motivação profissional para prestar CP no âmbito de atuação do MF está positivamente relacionada com o género, com a experiência anterior em CP, e com a perceção de capacitação em CP (em termos de formação anterior e perceção de preparação para prestar CP aos seus utentes), assim como com a opinião acerca do papel do MF em CP (Tabela 11 e 12). Nesta relação, é relevante a formação anterior, quer no Internato médico (onde se verificam valores médios mais baixos do que o esperado) quer sobretudo quando existe formação avançada (Pós-graduações e Mestrados), onde se observam os valores médios mais elevados (Figura 10 e Figura 12). Pelos resultados verificamos que a motivação para prestar CP no âmbito da sua atuação enquanto MF.s é mais elevada no género feminino, nos médicos com experiência anterior em CP, que tiveram formação anterior em CP, que se sentem mais preparados para o desempenho nesta área, e que têm uma opinião positiva sobre o papel do MF como responsável pela prestação de CP aos seus doentes em lista (Tabela 11 e 12).

Como era de esperar os médicos que percecionam estarem preparados para prestar CP são os que revelam maiores níveis de motivação profissional para CP. Da mesma forma, os médicos que fizeram formação anterior em CP são os que revelam maiores níveis de motivação profissional para CP, desconhecendo-se, contudo, que tipo de formação estaria em causa, no sentido em que não sabemos se a mesma foi de curta ou maior duração, e se acompanhada ou não de treino ou de metodologias com aplicabilidade prática.

Percebemos também que, coincidentemente ou não, o número de médicos que refere ter formação em CP em número exatamente igual ao número de médicos que refere não se sentir preparado para prestar CP, poderá suscitar questões eventualmente relacionadas com os motivos pelos quais os médicos fazem formação, em que depois não se sentem preparados, aspeto que corrobora a explicação ou o problema eventualmente relacionado com o tipo de

formação e os métodos de ensino-aprendizagem que estarão em causa. Com efeito, a literatura revela que os MF preferem aprender através da experiência e da prática clínica, trabalhando lado a lado com especialistas de CP, assim como através da discussão de casos clínicos. Por outro lado, os MF valorizam o apoio de um tutor, assim como o apoio e aprendizagem com os seus pares, mais do que as estratégias comuns de ensino formal (Selman, et al, 2017). Pelo atrás documentado, seria relevante que nos internatos de especialidade fossem fomentados os estágios práticos em contexto real e prática junto de instituições ou serviços de CP com apoio de tutores ou profissionais especialistas em CP (.

Do ponto de vista da formação anterior em CP, no grupo de médicos estudados, é significativamente mais elevada a motivação para prestar CP dos médicos que fizeram formação avançada (pós-graduações e mestrado), em relação aos restantes grupos de médicos com outro tipo de formação, o que é fácil de perceber. Mesmo que não tenhamos em conta a qualidade dos programas dos cursos de formação avançada, e mesmo que as suas expectativas tenham sido logradas durante esses cursos, à partida a motivação que os leva a procurar este tipo de formação, por iniciativa individual e pelos seus próprios meios económicos, influencia obviamente este grupo de médicos no que diz respeito à sua motivação profissional para CP.

Por outro lado, este resultado poderá ter sido enviesado pelos valores *outliers* encontrados (Figura 12). Apesar do tratamento preliminar dos valores discrepantes não ter reduzido a força dos resultados encontrados, e de se verificar uma coerência entre estes resultados e os resultados das análises que se apresenta atrás, podem, contudo, depender de eventos não passíveis de serem controlados pela investigadora neste tipo de análise, o que importaria ser estudado para além dos métodos estatísticos, no sentido de perceber quem são estes médicos que têm um comportamento “desviante” no que diz respeito à sua motivação para CP, e quais as razões para essas diferenças.

Contudo, comparativamente ao grupo de médicos que referem terem tido formação em CP durante o internato de MGF, em que em que o valor médio da sua motivação é inferior, existe maior dispersão no comportamento dos mesmos ao responder a esta questão. Esta diferença é considerável, pelo que nos arriscamos a concluir que o grupo de médicos com formação avançada está realmente muito mais motivado para CP.

De acordo com as conclusões de outros estudos publicados, os MF fazem cada vez mais CP e valorizam o seu trabalho em CP, e estão disponíveis para prestar CP incluindo em

domicílio, desde que bem preparados e apoiados por equipas de especialistas (Mitchel, 2002; Ankuda, Jetty, Bazemore, & Petterson, 2017).

5.1 – Síntese conclusiva dos resultados

Apesar de se tratar de uma amostra não probabilística, a caracterização do ponto de vista demográfico e profissional parece-nos na sua generalidade não diferir muito da atual população de MF.s no país, a não ser por se tratarem de médicos mais jovens.

Em síntese, por não podermos generalizar as conclusões desta análise à população de MF portugueses, dos principais resultados encontrados, destacamos que, na sua maioria:

- Os médicos estudados não têm experiência em CP, e o seu padrão de atuação em relação aos CP é ocasional;
- Os médicos estudados têm formação em CP, embora seja igualmente a maioria destes médicos a referir que não se sente preparada para prestar CP;
- Em termos de capacitação, a perceção de preparação para CP é menor nos médicos que fizeram formação durante o internato de especialidade de MGF do que nos médicos com formação avançada em CP;
- Os médicos estudados valorizam o seu papel em CP, enquanto especialistas de MGF;
- Os médicos estudados estão motivados para prestar CP aos seus utentes em lista, apesar de não se sentirem preparados para tal.
- Verificam-se níveis de motivação diferentes de acordo com o tipo de formação que os médicos tiveram, sendo que os médicos que fizeram formação avançada são os que estão mais motivados para CP; contrariamente aos médicos que fizeram formação em CP durante o seu Internato de MGF, que estão em média menos motivados para este tipo de prestação de cuidados.

Em síntese, esta investigação revela que a formação constitui um ponto crítico, influenciando consideravelmente a motivação dos médicos em estudo, o que pode constituir um ponto de partida para a mudança no futuro.

5.2 - Limitações do estudo e sugestões para novas linhas de investigação

A principal limitação deste estudo resultou da dificuldade na distribuição do questionário a nível nacional que, mesmo com apoio de algumas instituições, restringiu a amostra a um número mais reduzido de participantes do que o esperado, em função do número total de MF em Portugal. Contudo, embora esta amostra seja em muitos aspetos semelhante ao que sabemos ser a realidade da MGF em Portugal, coloca-nos reservas quanto à inferência dos resultados da análise realizada e à generalização das suas conclusões à população de MF portugueses.

Do ponto de vista da análise quantitativa, após esta fase exploratória, pensamos prosseguir a presente investigação, possibilitando a consolidação da informação aqui veiculada. No sentido de obtermos uma amostra que possa ser considerada representativa da população estudada, pensamos dar continuidade a este estudo, para informação mais abrangente nomeadamente uma distribuição mais alargada das várias regiões do país, atendendo a que desconhecemos qual a população atingida e até onde foi feita a distribuição dos questionários até ao momento.

Por outro lado, seria importante a reformulação do questionário, não só para que em algumas variáveis pudessem existir respostas abertas, mas também para que fossem estudados alguns indicadores de boas práticas em CP, assim como o grau de confiança dos médicos no seu desempenho. A identificação dos *outliers* enquanto informantes privilegiados, poderia ser um caminho relevante de modo a perceber através de entrevistas presenciais os motivos para alguns comportamentos desviantes, não passíveis de serem identificados em análise quantitativa, assim como as razões que os afastam dos CP.

Não se documentando resultados de investigações anteriores sobre esta temática em Portugal, a opção por uma metodologia de natureza quantitativa poderá ter sido mais restritiva do que o expectável, e as conclusões poderão não transparecer totalmente a realidade do fenómeno que possa estar em causa.

Por estas estas razões, estes resultados, limitados ao grupo de participantes, devem ser complementados no futuro, com estudos mais aprofundados sobre as temáticas analisadas, ou através de novas linhas de investigação, nomeadamente através de análise de conteúdo de entrevistas aos participantes desta investigação.

A análise qualitativa através de entrevistas abertas poderia ser uma oportunidade para obtermos novas ou outras perspetivas mais realísticas sobre esta temática. A questão mais relevante que se colocaria neste momento seria perceber o que significaria para os médicos participantes estarem preparados ou não para CP, quais os aspetos que pensam interferir na sua perceção de preparação, colocando em causa a sua confiança, assim como as questões eventualmente relacionadas com a qualidade da sua formação.

Em síntese, não existindo dados anteriores publicados em Portugal sobre esta temática, os resultados encontrados sugerem que a formação é crucial para sensibilizar e motivar os profissionais para o seu envolvimento em CP. A necessidade de treino e desenvolvimento profissional é considerada pelos MF não só como uma forma de aumentar os seus conhecimentos, mas também as suas aptidões e atitudes no que diz respeito aos cuidados em fim de vida aos seus doentes (Mitchell, Loew, Millington-Sanders, & Dale, 2016). Neste aspeto, as diferenças encontradas em relação à preparação dos médicos, e à formação que decorre em contexto do internato de MGF podem ser encaradas como um ponto de partida para a mudança e consequente investimento nos programas de formação, com outras metodologias de aprendizagem, em particular com treino prático sob supervisão, ou sob a forma de estágios em ambientes de aprendizagem diferenciados, junto de profissionais qualificados em CP.

6. Considerações finais

Como considerações finais, podemos salientar que, de acordo com alguns autores, a realização de estudos dirigidos à prestação de CP em contexto não hospitalar deve ser considerada prioritária (Pillemer, Chen, Riffin, Prigerson, & Reid, 2015), pelo que a escolha desta temática, para além de original, revela-se pertinente e igualmente inovadora no que diz respeito às questões de investigação inicialmente colocadas.

Atendendo ao aumento da incidência, prevalência e mortalidade por doença crónica, não exclusivamente oncológica, aumentando a doença de longo curso e a multimorbilidade, e requerendo uma adaptação da sociedade, para providenciar cuidados apropriados para populações que exigem mais recursos, a prática de CP irá ser um imperativo essencial na atividade clínica num futuro próximo.

Por essa razão, o desenvolvimento dos CP deverá ser considerado essencial em CSP de modo a aumentar a sua acessibilidade e a corresponder às necessidades paliativas assim como às expectativas dos doentes com doença crónica, em meio comunitário. Sendo que em Portugal os CSP são de cariz universal, é urgente o desenvolvimento de uma estrutura de CP integrados num sistema coordenado de CSP. O desenvolvimento de CP em contexto de cuidados primários num sistema público de saúde, por profissionais habilitados, deverá garantir no futuro a cobertura de todas as necessidades paliativas da população portuguesa, e sobretudo, para que todos os doentes tenham acesso precoce a CP comunitários (incluindo no seu domicílio).

As últimas recomendações das instituições europeias, mundiais e até nacionais reforçam a necessidade de adoção de um conjunto de medidas a nível organizacional, mas também medidas dirigidas à melhor preparação dos profissionais de saúde. Entre outros aspetos essas recomendações apontam a necessidade de formação em CP, adequada a diferentes níveis de atuação médica, nomeadamente em Cuidados Paliativos generalistas (Aldridge, et al, 2016)

Esta resposta pressupõe obviamente que os serviços estejam preparados, mas também que os seus profissionais tenham formação específica que os capacite para o desempenho desta atividade, com as competências necessárias do ponto de vista clínico, comunicacional, ético e organizacional, em qualquer nível ou local de prestação de CP.

A especialidade de MGF é atualmente aceite como uma das especialidades generalistas que maior contributo poderá dar à promoção, desenvolvimento e implementação dos CP em Portugal, como em outros países. O Médico da Família (MF) seguindo os seus doentes ao longo da vida é aquele que mais probabilidades tem de ser, pela sua acessibilidade e perfil de atuação, o ponto central na abordagem de um doente crónico com multimorbilidade e/ou em fim de vida. Considerando que a formação dos profissionais é crucial em CP, os médicos especialistas de MGF, desde que capacitados possuem um grande potencial para prestar CP e/ou em fim de vida aos seus utentes, se tiverem treino adequado, tempo, recursos e apoio de especialistas em CP (Yuen, K.J., Behrndt, M.M., Jacklyn, C., & Mitchell, G.K. (2003).

Independentemente da trajetória da doença crónica em causa, oncológica ou não oncológica, todos os doentes com doença progressiva têm direito a beneficiar da acessibilidade a CP de qualidade (WHO, 2002; Brennen, 2007; HRW, 2013; Radbruch, Payne, de Lima, & Lohmann, 2013; WHO, 2014; Neto, 2016), o que pressupõe que os profissionais tenham formação específica que os capacite para esta atividade. E esta capacitação, a partir do ensino

pré-graduado, adquire maior relevância em contexto de formação pós-graduada no internato de especialidade.

Os resultados da investigação realizada são limitados ao grupo de participantes, e embora possam traduzir a realidade do que percecionamos sobre esta problemática em MGF, pensamos que os mesmos vão de encontro aquilo que é considerado o estado atual do conhecimento sobre esta matéria em outros países (Mitchell, 2002; Melício, 2017).

E quando falamos em perceção geral desta atividade, não podemos deixar de sinalizar o envolvimento escasso dos médicos participantes em visitas domiciliárias, já anteriormente reportado em estudos realizados, em outros países da Europa (Mitchell, 2002). Efetivamente, aparenta ser reduzido o papel dos MF no que diz respeito ao apoio de doentes em domicílio, mesmo supondo que nas listas de doentes dos médicos participantes, não fosse elevado o “peso” de doentes crónicos, em fase avançada, em fim de vida, nomeadamente de idosos com necessidades paliativas. Pensamos igualmente que este fenómeno será multifatorial, mas está fundamentalmente relacionado com a educação médica sobretudo pré-graduada, em que os estudantes não são sensibilizados para as necessidades de saúde da população em meio comunitário. Para além de que os CSP não são atrativos para a grande maioria dos estudantes de medicina à entrada da Universidade, o prestígio de um ensino hospitalocêntrico deixa pouco “espaço” para a sensibilização dos mesmos para o “cuidar” de doentes em ambiente domiciliário, fora da proteção e conforto de um gabinete médico ou de um serviço hospitalar com todos os meios materiais e tecnológicos. Mesmo que, com estágios em Centro de Saúde durante o ensino pré-graduado, sendo poucos os MF a realizar cuidados domiciliários, serão poucas as oportunidades de os estudantes de Medicina terem a perceção de uma área de atuação que será imprescindível no futuro.

7. Conclusões

As principais conclusões desta investigação referem-se à verificação de níveis de motivação mais elevados do que o esperado na população estudada e à necessidade de considerarmos a formação anterior em CP como um ponto fulcral para o envolvimento dos profissionais e a promoção dos Cuidados Paliativos Primários.

Apesar de se verificarem níveis de motivação elevados, mas mais baixos do que os encontrados usando o mesmo constructo motivacional em populações idênticas, o facto é que, apesar de não se sentirem preparados para prestar CP, estes médicos revelam estar motivados para esta área profissional e concordam com um papel mais relevante do MF nesta atividade clínica.

A insuficiente preparação dos MF.s é uma barreira à implementação dos CP em qualquer área ou nível de cuidados. Efetivamente, de acordo com a literatura consultada uma das principais dificuldades à integração dos CP na prática clínica em CSP ou hospitalares, será a insuficiente preparação dos seus profissionais, sobretudo a dos MF.

Aparentemente traduzindo a realidade da prática em CP primários, a questão que se coloca relativamente a estas conclusões é que elas revelam de forma empírica aquilo que era a perceção geral a nível académico e profissional, quanto à necessidade de mais formação e sobretudo de formação mais adequada em CP. Em nosso entender a este aspeto estão igualmente associadas as questões organizacionais a nível institucional (que não foram aqui estudadas), sem as quais o envolvimento em CP poderá estar em causa.

Com efeito, os resultados aqui apresentados poderão ser importantes na tomada de decisão relativa à planificação de cuidados atendendo ao previsível aumento de necessidade de recursos, a que já se assiste no momento atual, e que aumentará de forma significativa no futuro. Esta previsão, constituindo um enorme desafio para todos os grupos profissionais, apoia o argumento a favor da mudança dos modelos atuais de prestação de cuidados, assim como dos modelos atuais de formação e educação médica em CP, nomeadamente dos programas de formação nos internatos de especialidade.

E neste contexto, um dos aspetos que mais chama a atenção nos resultados desta investigação refere-se à pouca participação dos MF em CP domiciliários, em Portugal como em outros países. Por esta razão, têm vindo a ocorrer orientações por parte das entidades governamentais, apontando para algumas prioridades na gestão de atendimentos em

domicílio, com incentivos no que diz respeito ao trabalho desenvolvido pelos MF sobretudo no que diz respeito ao desempenho dos profissionais em Unidades de Saúde Familiares.

Para além dessa adaptação dos modelos atuais de prestação de CP, a formação é talvez o aspeto mais relevante, sobretudo os programas de formação com maior foco na preparação de profissionais de saúde em CP Primários. Com efeito, essa necessidade de adaptação da sociedade deverá ter em conta não apenas a oferta de serviços efetivos, que sejam capazes de dar resposta a tão grande aumento de necessidades, mas também deverá assegurar a qualidade dos cuidados prestados, na fase avançada da doença, na fase avançada da vida, ou mesmo em fim de vida, o que se torna outro argumento a favor da melhor capacitação dos profissionais de saúde, em todas áreas de atuação, e em particular de profissionais não especializados em CP, ou seja, generalistas.

A melhoria da qualidade da prestação de CP em Portugal dependerá muito da intervenção dos MF e da sua capacidade para desenvolver CP de qualidade. O perfil profissional do MF enquadra-se perfeitamente no padrão de atuação em CP, pelas características comuns destas duas áreas de atuação.

E, sendo o Médico de Família o médico da “pessoa”, reafirmamos que, de acordo com Anvik, Holtedahl, & Mikalsen (2006), a relação médico-doente não pode terminar com o diagnóstico de uma doença incurável ou que ameace a vida da pessoa.

8. Bibliografia

- Aguiar, H. (2012). Os Cuidados Paliativos nos Cuidados de Saúde Primários – o desafio para o século XXI. *Rev Port Med Geral Fam*, 28, 442-448.
- Aldridge, M.D., Hasselaar, J., Garralda, E., van der Eerden, M., Stevenson, D., McKendrick, K., Centeno, & C., Meier, D.E. (2016). Education, implementation, and policy barriers to greater integration of palliative care: A literature review. *Palliat Med*, 30(3), 224-39. doi: 10.1177/0269216315606645
- American Psychological Association. (2016). Publication Manual of the American Psychological Association. (6th Edition) Washington DC. Disponível em: <http://www.apastyle.org/>
- Ankuda, C.K., Jetty, A., Bazemore, A., & Petterson, S. (2017). Provision of Palliative Care Services by Family Physicians Is Common. *J Am Board Fam Med*, 30, 255-257. doi:10.3122/jabfm.2017.02.160230.
- Anvik, T., Holtedahl, K. A., & Mikalsen, H. (2006). “When patients have cancer, they stop seeing me” – the role of the general practitioner in early follow-up of patients with cancer – a qualitative study. *BMC Family Practice*, 7, 19. <http://doi.org/10.1186/1471-2296-7-19>
- Aubin, M., Vézina, L., Verreault, R., Fillion, L., Hudon, É., Lehmann, F., ... Morin, D. (2010). Family Physician Involvement in Cancer Care Follow-up: The Experience of a Cohort of Patients with Lung Cancer. *Annals of Family Medicine*, 8(6), 526–532. <http://doi.org/10.1370/afm.1171>
- Beard, J. R., Officer, A., de Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J. P., Lloyd-Sherlock, P., Epping-Jordan, J.E., Peeters, G M E E, Mahanani, W.R., Thiyagarajan, J.A., & Chatterji, S. (2016). The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet (London, England)*, 387(10033), 2145–2154. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00516-4](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00516-4)
- Beernaert, K., Van den Block, L., Van Thienen, K., Devroey, D., Pardon, K., Deliens, L., & Cohen, J. (2015). Family physicians’ role in palliative care throughout the care continuum: stakeholder perspectives. *Family Practice*, 32, Issue (6), 694–700. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz072>
- Bone, A.E., Gomes, B., Etkind, S.N., Verne, J., Murtagh, F.E., Evans, C.J., & Higginson, I.J.. (2018). What is the impact of population ageing on the future provision of end-of-life care? Population-based projections of place of death. *Palliat Med.*, 32(2), 329-336. doi: 10.1177/0269216317734435. Epub 2017 Oct 10.
- Borgsteede, S. D., Graafland-Riedstra, C., Deliens, L., Francke, A. L., van Eijk, J. T., & Willems, D. L. (2006). Good end-of-life care according to patients and their GPs. *The British Journal of General Practice*, 56 (522), 20–26.
- Brennen, F. (2007). Palliative care as an international human right. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(5), 494–499.
- Bruera, E., Russell, N., Sweeney, C., Fisch, M., & Palmer, J.L. (2002). Place of death and its predictors for local patients registered at a comprehensive cancer center. *J Clin Oncol*, 20, 2127-2133.
- Canadian Hospice Palliative Care Association. Integrating a palliative care approach into management of chronic, life-threatening diseases: who, how, and when? Recuperado em 22. março.2018 do web site: www.hpcintegration.ca
- Capelas, M.L., Neto, I.G. & Coelho, S.P. (2016). Organização de serviços. In: A Barbosa & I.G.Neto (eds). *Manual de Cuidados Paliativos* (3rd ed., pp. 915-935). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Carvalho, Vasconcelos, Costa, & Tato Marinho (2016). Cuidados Paliativos e Insuficiência Hepática Crónica. In: A Barbosa & I.G.Neto (eds). *Manual de Cuidados Paliativos* (3rd ed., pp. 467-485). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Centeno, C., Lynch, T., Donea, O., Rocafort, J., & Clark, D. (2013). *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2013*. Full Edition. Milan: EAPC Press.
- Center for Diseases Control. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (NCCDPHP). Health and Economic Costs of Chronic Diseases. Recuperado em 20.01.2018 do web site: <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/costs/index.htm>

- Costa, V. (2014). The Determinants of Place of Death: An Evidence-Based Analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 14(16), 1–78.
- Dahlhaus, A., Vanneman, N., Guethlin, C., Behrend, J., & Siebenhofer, A. (2014). German general practitioners' views on their involvement and role in cancer care: a qualitative study. *Fam Pract*, 31(2), 209–14. doi: 10.1093/fampra/cmt088
- De Korte-Verhoef, M. C., Pasman, H. R. W., Schweitzer, B. P. M., Francke, A. L., Onwuteaka-Philipsen, B. D., & Deliens, L. (2015). How Could Hospitalisations at the End of Life Have Been Avoided? A Qualitative Retrospective Study of the Perspectives of General Practitioners, Nurses and Family Carers. *PLoS ONE*, 10(3), e0118971. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0118971>
- Dunn, A., & Littrivis, E. (2011). Aligning Patient Preferences and Patient Care at the End of Life. *Journal of General Internal Medicine*, 26(7), 681–682. <http://doi.org/10.1007/s11606-011-1738-1>
- Etkind, S. N., Bone, A. E., Gomes, B., Lovell, N., Evans, C. J., Higginson, I. J., & Murtagh, F. E. M. (2017). How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services. *BMC Medicine*, 15, 102. <http://doi.org/10.1186/s12916-017-0860-2>
- Etkind, S.N., Bone, A.E., Lovell, N., Higginson, I.J., & Murtagh, F.E.M. (2018). Influences on Care Preferences of Older People with Advanced Illness: A Systematic Review and Thematic Synthesis. *J Am Geriatr Soc.*, Mar 7. doi: 10.1111/jgs.15272. [Epub ahead of print]
- European Association of Palliative Care (2015). EAPC Task Force in Primary Palliative Care. Recuperado em 12.02.2018 do web site: <http://www.eapcnet.eu/Themes/ProjectsTaskForces/PastEAPCTaskForcesandGroups/PrimaryCare.aspx>
- European Association of Palliative Care. (2013). *Atlas of Palliative Care at the End of Life. Report of the EAPC steering group on medical education and training in Palliative Care*. Edition: 1st. Publisher: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, World Health Organization Editor: Stephen Connor, Cecilia Sepulveda. ISBN: 978-0-9928277-0-0
- European Association of Palliative Care. (2015). Promoting palliative care in the community: producing a toolkit to improve and develop primary palliative care in different countries internationally. *Palliat Med*, 29 (2), 101–111.
- Fortin, M., Stewart, M., Poitras, M.-E., Almirall, J., & Maddocks, H. (2012). A Systematic Review of Prevalence Studies on Multimorbidity: Toward a More Uniform Methodology. *Annals of Family Medicine*, 10(2), 142–151. <http://doi.org/10.1370/afm.1337>.
- Future of Family Medicine Project Leadership Committee. (2004). The Future of Family Medicine: A Collaborative Project of the Family Medicine Community. *Annals of Family Medicine*, 2(Suppl 1), s3–s32. <http://doi.org/10.1370/afm.130>
- Gadoud, A., Kane, E., Macleod, U., Ansell, P., Oliver, S., & Johnson, M. (2014). Palliative Care among Heart Failure Patients in Primary Care: A Comparison to Cancer Patients Using English Family Practice Data. *PLoS ONE*, 9(11), e113188. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0113188>.
- Gardiner, C., Gott, M., & Ingleton, C. (2012). Factors supporting good partnership working between generalist and specialist palliative care services: a systematic review. *The British Journal of General Practice*, 62(598), e353–e362. <http://doi.org/10.3399/bjgp12X641474>.
- Gaspar, D., Jesus, S., & Cruz, J. (2010). Motivação profissional de médicos internos de Medicina Geral e Familiar, em Portugal: estudo de adaptação de um instrumento de avaliação. *Rev. Port. Sau. Pub*, 28 (1). Lisboa. Versão impressa: ISSN 0870-9025.
- Geiger, K., Schneider, N., Bleidorn, J., Klindtworth, K., Jünger, S., & Müller-Mundt, G. (2016). Caring for frail older people in the last phase of life – the general practitioners' view. *BMC Palliative Care*, 15, 52. <http://doi.org/10.1186/s12904-016-0124-5>.
- George, F (2012). Causas de Morte em Portugal e Desafios na Prevenção. *Acta Med Port*, 25(2), 61–63.
- Gomes, B., Calanzani, N., Curiale, V., McCrone, P., & Higginson, I.J. (2013). Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database Syst Rev*, Jun 6;(6), CD007760. doi: 10.1002/14651858.CD007760.pub2.

- Gomes, B., Sarmento, V.P., Ferreira, P.L., & Higginson, I.J. (2013). Estudo Epidemiológico dos Locais de Morte em Portugal em 2010 e Comparação com as Preferências da População Portuguesa. *Acta Med Port*, 26(4), 327-334
- Harris, M.F., Zwar, N.A. (2007). Care of patients with chronic disease: the challenge for General Practice. *Med J Aust*, 187 (2), 104-107.
- Higginson, I.J., & Sen-Gupta, G.J. (2000). Place of care in advanced cancer: a qualitative systematic literature review of patient preferences. *J Palliat Med*. Fall;3(3), 287-300.
- Hoare, S., Morris, Z. S., Kelly, M. P., Kuhn, I., & Barclay, S. (2015). Do Patients Want to Die at Home? A Systematic Review of the UK Literature, Focused on Missing Preferences for Place of Death. *PLoS ONE*, 10(11), e0142723. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0142723>
- Human Rights Watch (HRW) Reporting on Palliative Care. Recuperado em 04. novembro, 2017, de web site: <https://www.hrw.org/topic/health/palliative-care>
- Human Rights Watch. (2013). *Palliative care and access to controlled medicines*. Recuperado em 04. novembro, 2017, do web site: www.hrw.org/node/86033
- Instituto Nacional de Estatística. INE IP. (2018). Causas de morte 2016. Lisboa-Portugal. Recuperado em 23. maio, 2018, do web site: www.ine.pt
- Klok, L., Engels, Y., Veldhoven, C., & Rotar Pavlič, D. (2018). Early Identification of Patients in Need of Palliative Care in Slovenian General Practice. *Slovenian Journal of Public Health*, 57(2), 55–64. <http://doi.org/10.2478/sjph-2018-0008>
- Lafata, J.E. Martin, S., Morlok, R., Divine, G., & Xi, H. (2001) Provider type and the receipt of general and diabetes-related preventive health services among patients with diabetes. *Medical Care*, 39(5), 491-9.
- Landers, S. H. (2006). Home Care: A Key to the Future of Family Medicine? *Annals of Family Medicine*, 4(4), 366–368. <http://doi.org/10.1370/afm.550>.
- Low, J., Vickerstaff, V., Davis, S., Bichard, J., Greenslade, L., Hopkins, K., Marshall, A., Douglas Thorburn, D., & Jones, L. (2016). Palliative care for cirrhosis: a UK survey of health professionals' perceptions, current practice and future needs. *Frontline Gastroenterology*, 7,4-9: <https://doi.org/10.1136/flgastro-2015-100613>
- Lynch, T., Connor, S., & Clark, D. (2013). Mapping Levels of Palliative Care Development: A Global Update. *Journal of Pain and Symptom Management*, Volume 45, Issue 6, Pages 1094–1106. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.05.011>
- Mahtani, R., Kurahashi, A. M., Buchman, S., Webster, F., Husain, A., & Goldman, R. (2015). Are family medicine residents adequately trained to deliver palliative care? *Canadian Family Physician*, 61(12), e577–e582.
- Marôco, J (2007). *Análise Estatística com Utilização do SPSS (3ª edição)*. Edições Sílabo. ISBN:9789726184522.
- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS. Medicine*, 3(11), e442. Recuperado em 02 fevereiro, 2018, do Web Site: <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442>
- McWhinney, I.R. (1997). The doctor, the patient, and the home: returning to our roots. Fourth annual Nicholas J. Pisacano Lecture. *J Am Board Fam Pract*;10:430-435.
- Meiklejohn, J.A., Mimery, A., Martin, J.H., Bailie, R., Garvey, G., Walpole, E.T., Adams, J., Williamson, D., & Valery, P.C. (2016). The role of the GP in follow-up cancer care: a systematic literature review. *J Cancer Surviv*, 10(6), 990-1011.
- Melicio, A.G.S.V. (2017). *Os Cuidados Paliativos nos Cuidados de Saúde Primários*. Tese de Final de Curso Mestrado. Universidade de Lisboa. Recuperado em 02.05.2018, da web: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/30756>
- Ministério da Saúde, ACSS (2018). *Retrato da Saúde, Portugal*. Edições Ministério da Saúde, Lisboa. ISBN 978-989-99480-1-3

- Ministério da Saúde, ACSS. Boletim Informativo sobre Recursos Humanos Estrangeiros (2011-2016). Recuperado em 18. Janeiro, 2018 de: <http://www.acss.min-saude.pt/2016/09/26/informacao-recursos-humanos/>
- Ministério da Saúde, Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro. Diário da República 1ª Série. 172, 2012.
- Ministério da Saúde. *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos Biénio 2017-2018*. Recuperado em 12. Dezembro, 2017 de: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/Plano-Estrat%C3%A9gico-para-o-Desenvolvimento-CP-2017-2018-2.pdf>
- Mitchell, G.K. (2002). How well do general practitioners deliver palliative care? A systematic review. *Palliat Med*, 16(6), 457-64.
- Mitchell, G.K., Reymond, E. J., & McGrath, B.P.M. (2004). Palliative care: promoting general practice participation. *Med J Aust*, 180 (5), 207-208.
- Mitchell, S., Loew, J., Millington-Sanders, C., & Dale, J. (2016). Providing end-of-life care in general practice: findings of a national GP questionnaire survey. *The British Journal of General Practice*, 66(650), e647–e653. <http://doi.org/10.3399/bjgp16X686113>.
- Murray, S. A., Boyd, K., Sheikh, A., Thomas, K., & Higginson, I. J. (2004). Developing primary palliative care: People with terminal conditions should be able to die at home with dignity. *BMJ: British Medical Journal*, 329(7474), 1056–1057.
- Murray, S. A., Kendall, M., Boyd, K., & Sheikh, A. (2005). Illness trajectories and palliative care. *British Medical Journal*, 330 (7498), 1007–1011.
- Nelson, J. E., & Hope, A. A. (2012). Integration of Palliative Care in Chronic Critical Illness Management. *Respiratory Care*, 57(6), 1004–1013. <http://doi.org/10.4187/respcare.01624>
- Neto, I.G. (2016). Cuidados Paliativos em pessoas com demência avançada. In: A Barbosa & I.G.Neto (eds). *Manual de Cuidados Paliativos* (3rd ed., pp. 489-502). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Nowels, D., Jones, J., Nowels, C.T. & Matlock, D. (2016). Perspectives of Primary Care Providers Toward Palliative Care for Their Patients. *J Am Board Fam Med*, Vol 11/12; 29(6):748-758. doi: 10.3122/jabfm.2016.06.160054.
- Ornstein, S.M., Nietert, P.J., Jenkins, R.G., & Litvin, C.B. (2013). The Prevalence of Chronic Diseases and Multimorbidity in Primary Care Practice: A PPRNet Report. *J Am Board Fam Med*, September-October, vol. 26 no. 5 518-524. doi: 10.3122/jabfm.2013.05.130012.
- Overland, J., Yue, D.K., & Mira, M. (2001). Continuity of care in diabetes: to whom does it matter? *Diabetes Research and Clinical Practice*, Volume 52, Issue 1, 55 – 61
- Pengpid, S., & Peltzer, K. (2017). Multimorbidity in Chronic Conditions: Public Primary Care Patients in Four Greater Mekong Countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(9), 1019. <http://doi.org/10.3390/ijerph14091019>
- Pillemer, K., Chen, E. K., Riffin, C., Prigerson, H., Reid, M., & Schultz, L. (2015). Practice-Based Research Priorities for Palliative Care: Results from a Research-to-Practice Consensus Workshop. *American Journal of Public Health*, 105(11), 2237–2244. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302675>
- Pivodic, L. (2015). Home care by general practitioners for cancer patients in the last 3 months of life: An epidemiological study of quality and associated factors. *Palliat Med*, Vol. 30(1), 64–74. Recuperado em 02 fevereiro, 2018, da Web: <https://doi.org/10.1177/0269216315589213>
- Quill, M.D, Timothy, E., & Abernethy, A. P. (2013). Generalist plus Specialist Palliative Care - Creating a More Sustainable Model. *The New England Journal of Medicine*. [Online]. Recuperado em 29. abril, 2018 da web: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1215620>.
- Radbruch, L. & Sheila, P. (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European Journal of Palliative Care*, 16 (6), 278-289. ISSN 1352-2779.
- Radbruch, L., Payne, S., de Lima, L., & Lohmann, D. (2013). The Lisbon Challenge: Acknowledging Palliative Care as a Human Right. *Journal of Palliative Medicine*, 16 (3). <http://doi.org/10.1089/jpm.2012.0394>

- Ramanayake, R. P. J. C., Dilanka, G. V. A., & Premasiri, L. W. S. S. (2016). Palliative care; role of family physicians. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 5(2), 234–237. Recuperado em 22 janeiro, 2018, do web site: <http://doi.org/10.4103/2249-4863.192356>
- Reynolds, R., Dennis, S., Hasan, I., Slewa, J., Chen, W., Tian, D., Bobba, S., & Zwar, N. (2018). A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. *BMC Family Practice*, 19, 11. <http://doi.org/10.1186/s12875-017-0692-3>
- Seamark, D., Blake, S., Brearley, S. G., Milligan, C., Thomas, C., Turner, M., Wang, X., & Payne, S. (2014). Dying at home: a qualitative study of family carers' views of support provided by GPs community staff. *The British Journal of General Practice*, 64(629), e796–e803. <http://doi.org/10.3399/bjgp14X682885>
- Selman, L. E., Brighton, L. J., Robinson, V., George, R., Khan, S. A., Burman, R., & Koffman, J. (2017). Primary care physicians' educational needs and learning preferences in end of life care: A focus group study in the UK. *BMC Palliative Care*, 16, 17. <http://doi.org/10.1186/s12904-017-0191-2>
- Shadd, J. D. (2013). *What Shapes Family Physicians' Patterns of Care for Community Patients at End of Life?* (Electronic Thesis and Dissertation Repository). 1127. Available in: <https://ir.lib.uwo.ca/etd/1127>
- Starfield, B. (2010). Primary care, specialist care, and chronic care: can they interlock? *Chest*, 137, 8-10.
- Starfield, B., Lemke, K. W., Herbert, R., Pavlovich, W. D., & Anderson, G. (2005). Comorbidity and the Use of Primary Care and Specialist Care in the Elderly. *Annals of Family Medicine*, 3(3), 215–222. <http://doi.org/10.1370/afm.307>
- Teunissen, E., Gravenhorst, K., Dowrick, C., Van Weel-Baumgarten, E., Van den Driessen Mareeuw, F., de Brún, T., ... MacFarlane, A. (2017). Implementing guidelines and training initiatives to improve cross-cultural communication in primary care consultations: a qualitative participatory European study. *International Journal for Equity in Health*, 16, 32. <http://doi.org/10.1186/s12939-017-0525-y>
- The College of Family Physicians of Canada (2011). Position Statement: Palliative Care. Recuperado em 22. Abril, 2018 de : http://www.gpsc.bc.ca/sites/default/files/CFPC%20Position%20Statement%20Palliative%20Care_April%202011.pdf
- The College of Family Physicians of Canada. (2000). *The role of family physician in home care. A discussion papers*. National Office. Ontario. www.cfpc.ca
- The College of Family Physicians of Canada. (2011). *A Vision for Canada: Family Practice - The Patient's Medical Home*. [Position Paper], National Office. Ontario. www.cfpc.ca
- The Gold Standards Framework Centre In End of Life Care CIC, *The gold Standards Framework*. Thomas. K et al (2011). Prognostic Indicator Guidance (PIG) 4th Edition. The Royal College of General Practitioners. Recuperado em 22. janeiro, 2018 de web site: <https://www.goldstandardsframework.org.uk/cd-content/uploads/files/General%20Files/Prognostic%20Indicator%20Guidance%20October%202011.pdf>
- Thomas, K., & Free, A. (2006). The Gold Standards Framework is pivotal to palliative care. Guidelines in Practice, June, Vol 9(6). Recuperado em 21. novembro, 2017, do web site: <http://www.eguidelines.co.uk>
- Thoonsen, B., Groot, M., Engels, Y., Prins, J., Verhagen, S., Galesloot, C., ... Vissers, K. (2011). Early identification of and proactive palliative care for patients in general practice, incentive and methods of a randomized controlled trial. *BMC Family Practice*, 12, 123. <http://doi.org/10.1186/1471-2296-12-123>
- Thoonsen, B., Gerritzen, S.H.M., Vissers, K.C.P. Verhagen, S., van Weel, C. Groot, M., & Engels, Y. (2016). Training general practitioners contributes to the identification of palliative patients and to multidimensional care provision: secondary outcomes of an RCT. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 0:1–8. doi:10.1136/bmjspcare-2015-001031.
- Walsh, D., & Regan, J. (2001). Terminal care in the home — the general practice perspective. *Ir Med J*, 94, 9-11.
- WONCA Region Europe. European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine (2002). The European Definitions of General Practice / Family Medicine. The Key Features of the Discipline of General Practice. The Role of the General Practitioner and A description of the Core Competencies of


- the General Practitioner/Family Physician (Short Version, 2015). Recuperado em 22. janeiro, 2018 do web site: <http://www.woncaeurope.org/gp-definitions>
- World Health Organization (2002). Definition of Palliative Care. Recuperado em 13. abril, 2018 de: www.who.int/cancer/palliative/definition/en
- World Health Organization (2004). *Better Palliative Care for Older People*. [Online] Recuperado em 02. fevereiro, 2018 de web site: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/better-palliative-care-for-older-people>
- World Health Organization (2005). *WHO global report: Preventing chronic diseases: A vital investment*. Geneva: World Health Organization. [Online] Recuperado em 13. novembro, 2017 de web site: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/
- World Health Organization (2011). *Global Health and Ageing Report*. Recuperado em 2. setembro, 2017, do web site: http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf
- World Health Organization (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. [Online] Recuperado em 17. março, 2018 de: <http://www.who.int/nmh/Global Atlas of Palliative Care.pdf>
- World Health Organization (2015). *Projections of Mortality and Burden of Disease, 2015-2030*. Recuperado em 17. maio, 2018 de: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections/en/index.html
- Wright, A. A., Keating, N. L., Balboni, T. A., Matulonis, U. A., Block, S. D., & Prigerson, H. G. (2010). Place of Death: Correlations with Quality of Life of Patients with Cancer and Predictors of Bereaved Caregivers' Mental Health. *Journal of Clinical Oncology*, 28(29), 4457-4464. Doi: <http://doi.org/10.1200/JCO.2009.26.3863>
- Wright, M., Wood, J., Lynch, T., & Clark, D. (2008). Mapping Levels of Palliative Care Development: A Global View. *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 35 No. 5 May 469 – 485.
- Yuen, K.J., Behrndt, M.M., Jacklyn, C., & Mitchell, G.K. (2003). Palliative care at home: general practitioners working with palliative care teams. *Med J Aust*; 179 (6 Suppl): S38.

9. Apêndices e Anexos

Apêndice 1 – Instrumento de colheita de dados

Anexo 1 – Aprovação pela Comissão de Ética do CAML

Apêndice I – Instrumento de colheita de dados

	<h3>MOTIVAÇÃO PROFISSIONAL PARA CUIDADOS PALIATIVOS. A experiência dos Médicos de Família.</h3>
<h4>1. INTRODUÇÃO</h4> <p>O presente questionário pretende perceber qual a experiência dos Médicos de Família (MF) portugueses no que diz respeito à prestação de Cuidados Paliativos (CP), em contexto de Cuidados de Saúde Primários. Ao responder e concluir este questionário deverá garantir que possui toda a informação sobre o estudo, e que aceita participar de livre vontade.</p> <p>Tendo em conta que <i>não há respostas corretas ou erradas</i>, espera-se que responda transmitindo a SUA opinião, com base na SUA experiência profissional.</p> <p>Pode interromper o questionário, em qualquer altura, retomando mais tarde, a partir do acesso pelo <i>link</i> que lhe enviámos. Quando retomar voltará à página onde interrompeu.</p> <p>Todas as perguntas exigem uma resposta, exceto em alguns dos espaços correspondentes a comentários, que são facultativos.</p> <p>Em cada página, após clicar em SEGUINTE, está interdito o acesso à página anterior. Convidamo-lo a participar e ficamos gratos pela sua colaboração.</p>	
<h4>2. CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL</h4>	
<p>Qual a sua IDADE?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> < 30 <input type="checkbox"/> 30-34 <input type="checkbox"/> 35-39 <input type="checkbox"/> 40-44 <input type="checkbox"/> 45-49 <input type="checkbox"/> 50-54 <input type="checkbox"/> 55-59 <input type="checkbox"/> 60-64 <input type="checkbox"/> >=65 <p>Género:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Feminino; <input type="radio"/> Masculino <p>Nacionalidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Portuguesa <input type="radio"/> Outra <input type="radio"/> Dupla nacionalidade <p>Neste momento, está a trabalhar em MGF?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim, mas não em autonomia (no Internato) 	

Qual a sua **SITUAÇÃO atual** enquanto profissional de MGF (mesmo que não esteja a trabalhar em CSP)?

- ☐ Interno da especialidade de MGF
- ☐ Assistente de MGF
- ☐ Assistente Graduado de MGF
- ☐ Assistente Graduado Sênior de MGF
- ☐ Outro (especifique)

Quantos **ANOS** tem **de experiência** a trabalhar **em MGF**?

- ☐ < 5
- ☐ 5 - 10
- ☐ 11 - 20
- ☐ 21 - 30
- ☐ >30

Qual a **REGIÃO onde exerce** a sua prática?

- ☐ Norte;
- ☐ Centro
- ☐ Lisboa e Vale do Tejo
- ☐ Alentejo
- ☐ Algarve
- ☐ Ilhas

Por favor, indique a melhor resposta no que diz respeito ao seu **LOCAL de prática**:

- ☐ Urbana
- ☐ Rural

Em que **TIPO de prática** se enquadra?

- ☐ Isolada (Extensão de saúde, contexto privado, etc):
- ☐ Prática em grupo com < 6 MF (UCSP/USF)
- ☐ Prática em grupo com > 6 MF (UCSP/USF)

Neste momento, qual o **nº de UTENTES na LISTA *** com que trabalha?

- ☐ < 1000
- ☐ 1000-1500
- ☐ 1500-2000
- ☐ 2000
- ☐ Outro (especifique):

Por cada período de consulta (ou seja, manhã ou tarde), em geral, qual o **nº de CONSULTAS efetivas** (excluindo os procedimentos administrativos) que realiza?

- ☐ <= 10
- ☐ 11-15
- ☐ 16-20
- ☐ 21-25
- ☐ >= 26

Quantas **VISITAS DOMICILIÁRIAS** faz em geral **por mês**?

- ☐ <= 2
- ☐ 3 - 5
- ☐ 6 - 9
- ☐ >= 10

3. EXPERIÊNCIA E FORMAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Sente-se **preparado para prestar CP?**

- ☐ Sim
☐ Não

Recebeu **FORMAÇÃO em CP?**

- ☐ Sim
☐ Não

Se respondeu SIM à pergunta anterior, especifique:

- ☐ Formação Universitária (curso pré-graduado)
☐ Formação no Internato
☐ Formação em serviço
☐ Reuniões clínicas
☐ Cursos pós-graduados
☐ Mestrado em CP
☐ Doutorado em CP

Tem **EXPERIÊNCIA** de trabalho em **CP**, a doentes da SUA lista (ou do seu Orientador)?

- ☐ Sim
☐ Não

Qual a sua opinião sobre o **papel do Médico de Família** como responsável pelos **Cuidados Paliativos Comunitários** a prestar aos doentes da sua lista?

- ☐ Concordo totalmente
☐ Concordo um pouco
☐ Não concordo nem discordo
☐ Discordo um pouco
☐ Discordo totalmente

Com que **FREQUÊNCIA** (aproximadamente) pensa que presta **cuidados a doentes com necessidades paliativas?**

- ☐ Nunca
☐ Ocasionalmente
☐ Diariamente
☐ Semanalmente
☐ Mensalmente

A quantos doentes *em fim de vida* pensa ter prestado **CP no último ano (2017)?**

- ☐ 0
☐ 1-5
☐ 5-10
☐ >10

Em média, com que frequência considera que presta habitualmente **CUIDADOS EM FIM DE VIDA**, aos seguintes grupos de doentes:

	Nunca	Raramente	Dez vez em quando	Muitas vezes	Sempre
Doença oncológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiência Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiência Respiratória Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiência Renal Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiência Hepática crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Demência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença Degenerativa do SN (Esclerose múltipla, Esclerose Lateral Amiotrófica, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. MOTIVAÇÃO PROFISSIONAL PARA CUIDADOS PALIATIVOS

Selecione uma das alíneas que melhor expresse os seus **objetivos profissionais**, no que diz respeito à prestação de Cuidados Paliativos/Cuidados em Fim de Vida, no contexto da sua prática, **enquanto médico(a) da especialidade de MGF**:

- ☐ Gostaria de exercer qualquer outra atividade como especialista de MGF, mas não prestar CP aos meus doentes
- ☐ Gostaria de, para já, exercer qualquer outra atividade como especialista de MGF, embora mais tarde possa vir a preferir prestar CP aos meus doentes
- ☐ Pretendo prestar CP aos meus doentes, durante todo o meu percurso profissional, enquanto especialista de MGF

NESTE MOMENTO, qual o seu **interesse por CP** de âmbito comunitário a doentes em fim de vida?

- ☐ Muito
- ☐ Pouco
- ☐ Nada

DAQUI A CINCO ANOS, qual pensa que poderá ser o seu **interesse por CP** de âmbito comunitário a doentes em fim de vida?

- ☐ Muito
- ☐ Pouco
- ☐ Nada

Indique qual o **grau em que deseja prestar CP**, enquanto especialista de MGF?

- ☐ Muito
- ☐ Moderadamente
- ☐ Pouco

Muito obrigada pela sua colaboração.

